THE OSAKA DECLARATION

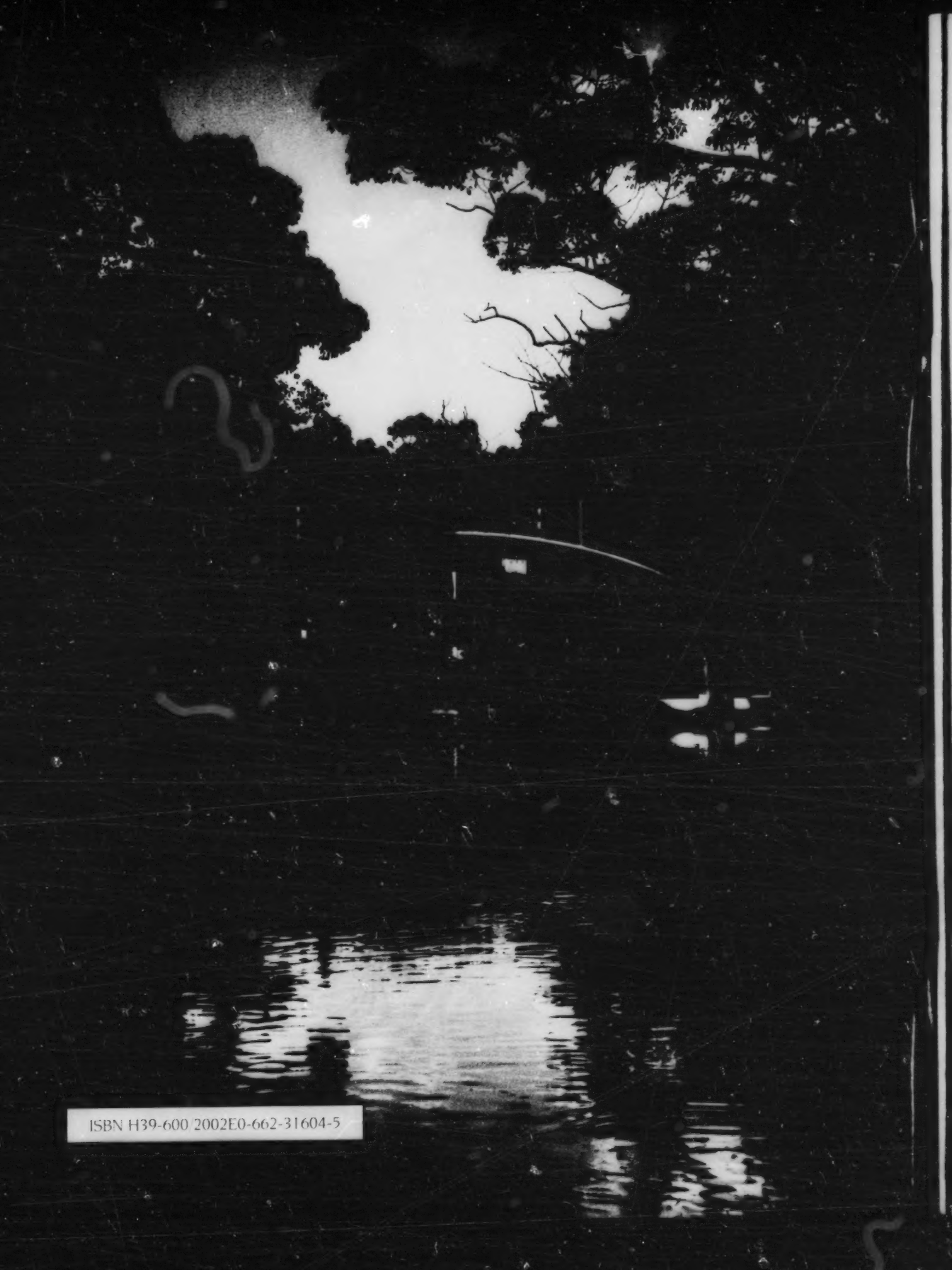
HEALTH ECONOMICS AND POLITICAL ACTION: STEMMING THE GLOBAL TIDE OF CARDIOVASCULAR DISEASE

DECLARATION OF THE FOURTH INTERNATIONAL HEART HEALTH CONFERENCE, OSAKA (JAPAN) — MAY 2001

Health Canada | Santé Canada

CDC

WORLD HEART FEDERATION



ISBN H39-600 2002E0-662-31604-5

THE OSAKA DECLARATION

HEALTH, ECONOMICS AND POLITICAL ACTION: STEMMING THE GLOBAL TIDE OF CARDIOVASCULAR DISEASE

DECLARATION OF THE FOURTH INTERNATIONAL HEART HEALTH CONFERENCE, OSAKA (JAPAN) ~ MAY 2001

[redacted] 2
[redacted] 2
[redacted] 3
[redacted] 4
MEMBERS OF THE [redacted] . . . . . 5 - 6
WORDS OF GREETING 7
DECLARATION 8
PREFACE . . . . . 9 - 10

CHAPTER 1 ~ THE GLOBAL [redacted] OF CARDIOVASCULAR DISEASE:
ITS CHANGING BURDEN AND THE INCREASING NEED FOR [redacted] . . . . . 11 - 16
A Global View of Cardiovascular Disease 11
Recent Lessons Learned About Cardiovascular Disease from [redacted]ons of the World 14

CHAPTER 2 ~ POLITICAL, SOCIAL AND ECONOMIC
FORCES INFLUENCING GLOBAL HEART HEALTH . . . . . 17 - 26
Globalization 17
The Clinical Medical Paradigm 21
The Biotechnology and Genetic Industry 22
Ethics and the Right to Health 23
Financing of Heart Health 24
An Unbalanced Research Agenda 25

CHAPTER 3 ~ SYSTEMIC BARRIERS FOR HEART HEALTH . . . . . 27 - 30
Systemic Barriers 27
A Lack of Priority for Health Promotion and CVD Prevention 27
Lack of Policies to Address the Broad Determinants of Health 28

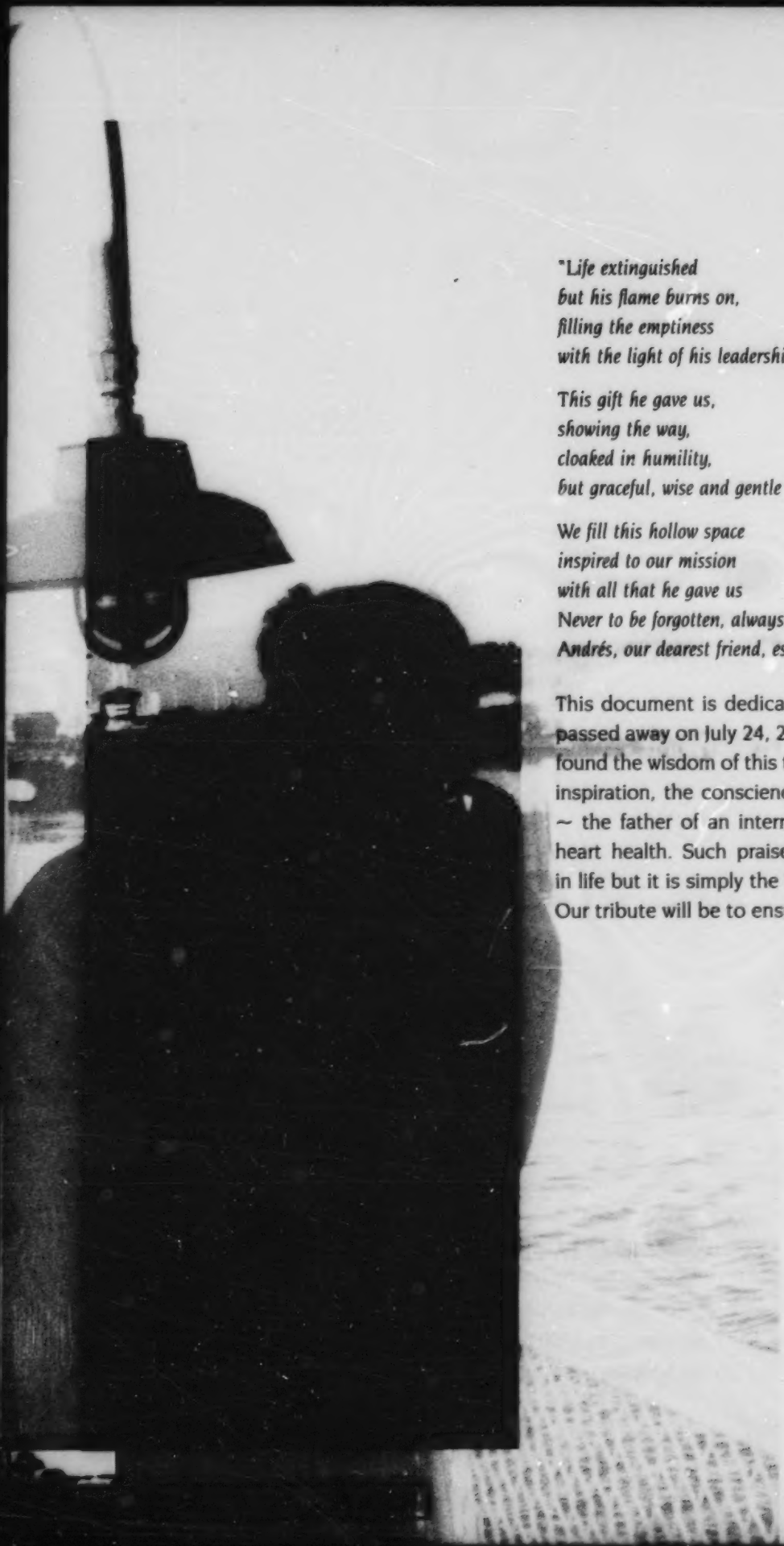
Lack of Institutional Capacity for Promotion and Prevention
in the Governance and Administration of the Health System 29
Lack of Sustainable Financing for Heart Health 29
There is a Gap Between Knowledge and Practice 30

CHAPTER 4: RECOMMENDATIONS FOR ACTION . . . . . 31 - 36
Governance Agency 31
A Political Perspective for Policy Development in Heart Health 33
Towards a Balanced Integrated Health System 33
Political Action and Advocacy 34
Leaders and Champions 34
Resource Mobilization 35
Assessing Progress: Report Card 36
RECOMMENDATIONS . . . . . 37 - 38
REFERENCES . . . . . 39 - 42

LIST OF TABLES
TABLE 1: 12
TABLE 2: at Four Different Stages of the Epidemiologic Transition 12
TABLE 3: Comparison of the Individual and Community Approaches for CVD Prevention 22

LIST OF FIGURES

FIGURE 1: Age-adjusted Mortality Rates for Coronary Heart Disease,
Stroke, Total Cardiovascular Diseases and All Causes in Selected Countries 13
FIGURE 2: Age-adjusted (to 2000 Standard) Mortality Rates for
Major Cardiovascular Diseases in the United States from 1900 to 1997 16
FIGURE 3: Percentage of Total Dietary Energy from Fat in Selected Countries, 1972-1997 19



"Life extinguished
but his flame burns on,
filling the emptiness
with the light of his leadership

This gift he gave us,
showing the way,
cloaked in humility,
but graceful, wise and gentle

We fill this hollow space
inspired to our mission
with all that he gave us
Never to be forgotten, always remembered
Andrés, our dearest friend, esteemed colleague, away but not absent"

This document is dedicated to Andrés Petrasovits who passed away on July 24, 2001. Within these pages can be found the wisdom of this truly wonderful man. He was the inspiration, the conscience, the energy, the quiet leader ~ the father of an international movement to promote heart health. Such praise he would not have tolerated in life but it is simply the truth. We owe him a great debt. Our tribute will be to ensure the fulfillment of his vision.

102-06945/

FOREWORD

The 4th International Heart Health Conference (IHHC) continues the process that began with the 1st IHHC in Victoria, Canada in June of 1992. This meeting produced the Victoria Declaration on Heart Health. This unique document outlined the scale of the global burden of heart disease and stroke and presented, for the first time, an international scientific consensus that heart disease was preventable and that enough was known about these conditions for comprehensive action to be taken.

Barcelona was the site of the 2nd IHHC in 1995 when the global heart health community was again gathered. This meeting produced the Catalonia Declaration that outlined in some detail, examples of how heart and stroke disease could be successfully prevented and managed. This was quickly followed by a companion piece to the declaration, produced by the Centers for Disease Control in Atlanta, USA, which gave additional global experience in this regard.

Singapore 1998 was the host of the 3rd IHHC. The Singapore Declaration was the product of this meeting and was titled "Forging the Will for Heart Health". With this document the International Advisory Board outlined the nature and scope of the capacity needed if heart disease and stroke were to become relics of the 20th century. This declaration emphasized the need for leadership at all levels in society and particularly the need for political will to undertake action if this great task is to become a reality. In May of 2000 the International Conference on Women, Heart Disease and Stroke produced the Victoria Declaration on Women, Heart Disease and Stroke. This document identified heart disease and stroke as a leading cause of death and disability in women the world over and presented the significant gender dimensions of the issue.

Clearly, much needs to be done if the vision and goals articulated by the previous heart health declarations are to be realized. The Osaka Declaration is intended to aid this process by providing a review of the factors that originate primarily from outside the health sector that are contributing to the lack of progress with regard to cardiovascular disease prevention and promotion around the world. These factors help shape the policies, environments, behaviors and priorities of health systems that bear on the development and implementation, or lack thereof, of heart health prevention and promotion policies at all levels. It is hoped that this document will aid those in leadership positions to shape strategies for creating health through strengthening the capacity of health systems to deliver prevention, and by establishing the appropriate links with social, economic and political constituencies.

David R. MacLean, M.D.
Chair, Advisory Board
Fourth International Heart Health Conference

Kazunori Kodama, M.D. & Thomas A. Pearson, M.D.
Vice-Chairs, Advisory Board
Fourth International Heart Health Conference

MEMBERS OF THE INTERNATIONAL ADVISOR

CHAIR:

Dr. David R. MacLean
Canada

VICE-CHAIRS:

Dr. Kazunori Kodama
Japan

Dr. Thomas A. Pearson
USA

EXECUTIVE COMMITTEE MEMBERS:

Ms. Virginia Shanklin Baker
Italy

Dr. John W. Farquhar
USA

Dr. Darwin Labarthe
USA

Dr. Lip-Ping Low
Singapore

Dr. Brian O'Connor
Canada

Dr. Helena Pardell
Spain

Dr. Andrés Petrasovits
Canada

Dr. Pekka Puska
Switzerland

Dr. Sylvie Stachenko
Denmark

MEMBERS:

Dr. Ala Alwan
Switzerland

Dr. John Clifford
Australia

Dr. Beatrix Champagne
USA

Dr. Arun Chockalingam
Canada

Dr. Domenico Cianflone
Italy

Dr. Ruth L. Collins-Nakai
Canada

Dr. Fernando de Padua
Portugal

Dr. John Elder
USA

Dr. Shanta C. Emmanuel
Singapore

Dr. María Cristina Escobar
Chile

BOARD

Dr. Bartolome Finizola
Venezuela

Dr. Hassen Ghannem
Tunisia

Dr. Igor S. Glasunov
Russia

Dr. Vilius Grabauskas
Lithuania

Dr. Lawrence W. Green
USA

Dr. E. Greiser
Germany

Dr. Dean T. Jamison
USA

Dr. Lumir Komarek
Czech Republic

Dr. Jeffrey P. Koplan
USA

Dr. Thomas Lasater
USA

Dr. Richard Lessard
Canada

Dr. Judith Mackay
Hong Kong

Dr. Sania Nishtar
Pakistan

Dr. Rafael G. Ogarov
Russia

Dr. Teruo Omae
Japan

Dr. Armando Peruga
USA

Dr. K. Srinath Reddy
India

Dr. Aushra Shatchkute
Denmark

Dr. Elaine Stone
USA

Dr. Gregory Taylor
Canada

Dr. Richard Tresserras
Spain

Dr. Kazuo Ueda
Japan

Dr. Hiroshige Yoshino
Japan

Dr. Elinor Yellon
Canada

Dr. Yuko Yamori
Japan

Dr. Hiroshi Yanagawa
Japan

Dr. Lars Weinehall
Sweden

WORDS OF GREETING

Osaka was honoured to host the 4th International Heart Health Conference in conjunction with the 5th International Conference of Preventive Cardiology.

As with the previous International Heart Health conferences, the Osaka meeting provided an important backdrop for the release of a significant international health policy document. The Osaka declaration titled "Health, Economics and Political Action: Stemming the Global Tide of Cardiovascular Disease," examines the health, economic and political factors that impinge on heart health. It goes beyond the health system and examines global forces that condition the awareness, understanding and commitment to take global action on cardiovascular disease prevention, and reflects on the causes for the lack of global action on the important and preventable cause of death and disability. It concludes with a series of recommendations that the International Advisory Board hopes will serve as a catalyst for the public health action needed at all levels if this modern epidemic is to be brought under control.

We would like to express our sincere gratitude to the many health and related agencies that have given their support to make the conference in Osaka a success.

Yutaka Takasugi, M.D.
Director General
The Department of Public Health and Welfare
Osaka Prefectural Government

DECLARATION

Recognizing that cardiovascular disease has reached epidemic proportions and has rapidly expanded in severity and breadth to become the leading cause of death, disability and rising health care costs throughout the world, and that it would be largely preventable through a public health approach to cardiovascular disease, given the resources and the will to act, the Advisory Board of the International Conference on Heart Health calls upon:

- health, media, education and social science professionals, and their associations
- the scientific research community
- government agencies, especially those concerned with health, education, trade, finance, culture and recreation, commerce, and agriculture
- the private sector
- international organizations and agencies concerned with health and economic development
- community health coalitions
- voluntary health organizations
- employers and their organizations

to join forces in eliminating this modern epidemic by taking the necessary action on the social, economic and political factors that contribute to this epidemic.

ADVISORY BOARD
Fourth International Heart Health Conference
Osaka
May 27, 2001

PREFACE

It is 2001. Consider that there are five identified cases of polio in a North American city with three million inhabitants. The response is swift; the clinical resources are mobilized to treat the cases and emergency vaccination clinics are set up by the public health system. Any additional help is immediately offered by the regional and national government. This polio outbreak is "front page" news in all media outlets. The public is alarmed and frightened and is anxious that the response of the health system is appropriate and sufficient to deal with the outbreak. Polio is preventable; people are not supposed to get polio.

In the same city, on the same day, over 100,000 individuals will be suffering from a heart condition or from the aftermath of a stroke; about two million will have risk factors for heart disease and stroke; and in the course of this year there will be 30,000 deaths from cardiovascular disease (CVD). CVD is preventable;people need not get cardiovascular disease.

The perception and response of the population, health professionals and governments are totally in opposition in these two scenarios. There is complacency, a sense of inevitability and acceptability of cardiovascular disease; whereas it is not acceptable that there be any polio in a community.

The Osaka Declaration calls for action on those factors that act beyond the medical paradigm and are situated in the political, social, and economic realm and that account for polio being unacceptable and cardiovascular disease being regarded as acceptable.

Actions on social, political and economic factors go beyond the mandate of health professionals. In fact, the ability to act on these factors rests with individuals and agencies charged with these broader agendas. The Declaration argues for a crucial role for health professionals and their organizations in advocacy and political action in influencing the governance of the health system and mitigating systemic barriers to achieving health.

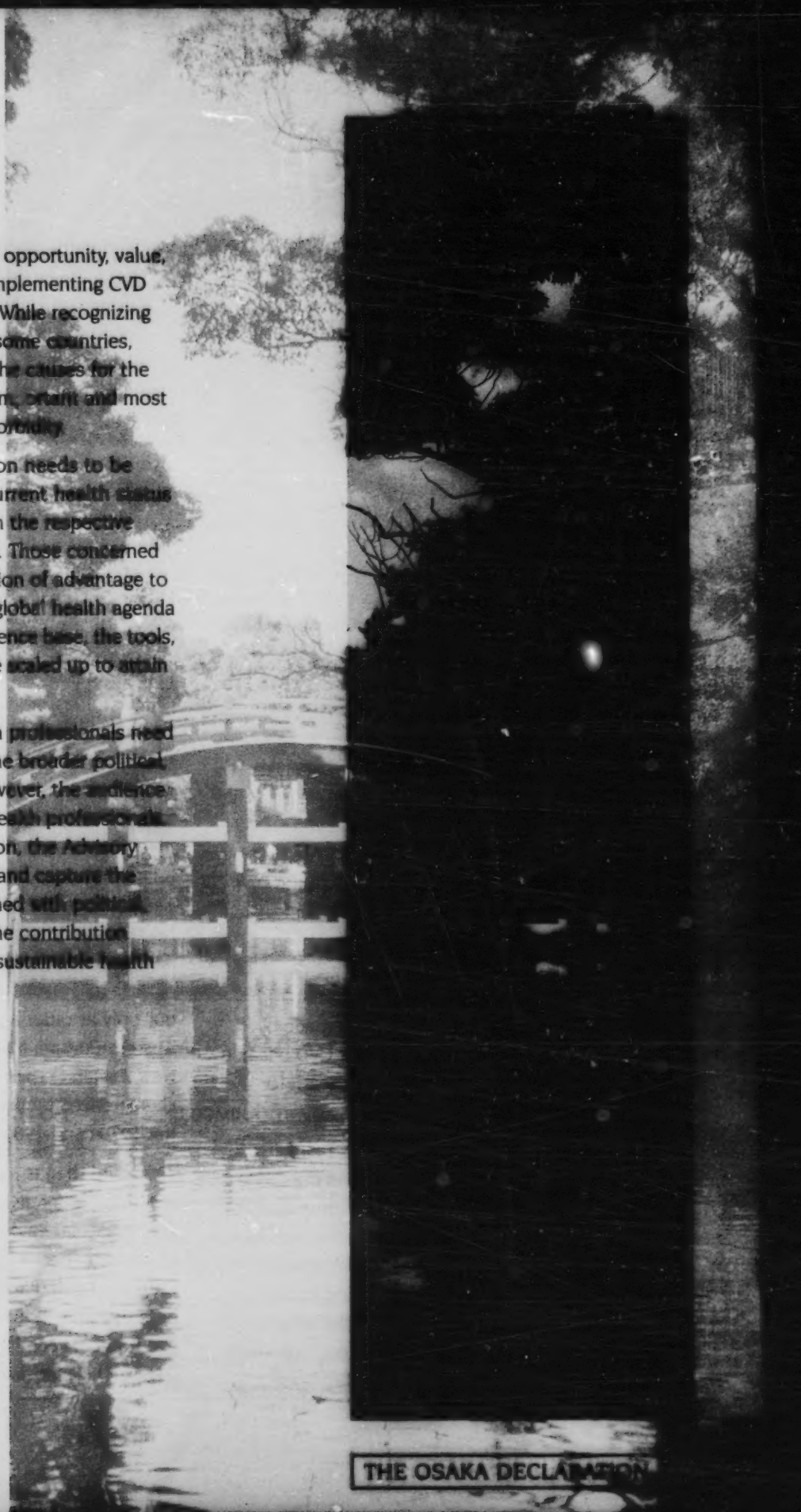
> ***Those concerned with CVD prevention are in a position of advantage to make a major contribution to the global health agenda since we have the science and evidence base, the tools, platforms and networks that can be scaled up to attain major improvements in health.***

The Osaka Declaration, the fourth in a series, is a natural progression of the thinking that started in Victoria, Canada, in 1992. We have enough knowledge to prevent cardiovascular disease and we know that doing so is cost effective (The Catalonia Declaration, 1996). The Singapore Declaration (1998) examined the required health systems capacity and drew attention to the political will that should accompany capacity if it is to be of value. The Osaka Declaration goes beyond the health system and examines global forces that condition the awareness, understanding and commitment to take global action on cardiovascular disease prevention. The lessons drawn apply to issues of health promotion and disease prevention in general.

Previous declarations spoke to the opportunity, value, successes and preconditions for implementing CVD preventive policies and strategies. While recognizing the progress that has occurred in some countries, the current document reflects on the causes for the global lack of action on the most important and most preventable cause of death and morbidity.

Clearly, the potential for prevention needs to be defined in terms relative to the current health status and existing infrastructure found in the respective countries and regions of the world. Those concerned with CVD prevention are in a position of advantage to make a major contribution to the global health agenda since we have the science and evidence base, the tools, platforms and networks that can be scaled up to attain major improvements in health.

This Declaration argues that health professionals need to examine their contribution to the broader political, economic and social agendas. However, the audience for the Declaration goes beyond health professionals. Indeed, in preparing this Declaration, the Advisory Board intends to gain recognition and capture the attention of policy makers concerned with political, social and economic agendas of the contribution that CVD prevention can make to sustainable health development.



CHAPTER 1

A GLOBAL VIEW OF CARDIOVASCULAR DISEASE

A frequently cited prediction is that cardiovascular disease (CVD) will become the leading cause of death sometime in 21st Century. A closer examination of global estimates of deaths by cause reveals that this estimate is late by at least two decades. By 1990, according to the Global Burden of Disease Study (Murray and Lopez, 1996), ischemic heart disease was the leading cause of death in developed countries and second leading cause of death in developing countries [illegible] ranked second and third in developed and developing countries, respectively. By 1990, there were approximately 14.3 million deaths from CVD in the world, compared to 5.3 million deaths from infectious and parasitic diseases (Murray and Lopez, 1997). Thus, CVD has probably been the world's leading cause of death for at least the last two decades of the 20th Century. A more accurate prediction was made by Murray and Lopez (1996): "It is likely that CVD became the developing world's leading cause of death for the first time in the 1990s."

To understand global trends in CVD, it is helpful to subcategorize parts of the world according to predominant disease patterns. Cardiovascular diseases have been cited as the disease typifying the evolution from an infectious disease-dominant to chronic disease-dominant pattern, a phenomenon known as the epidemiologic transition. The epidemiologic transition is thought to have four phases, each of which has a different pattern of cardiovascular disease (Table 2) (Omran, 1971; Olshansky and Ault, 1986; Pearson et al., 1993). The first stage, the age of pestilence and famine, now likely persists only in pockets of underdeveloped, often rural areas of Africa, Asia, and Latin America. The second stage is characterized by residual rheumatic fever plus an increase in hypertension-related diseases, as are prominent in China and in urban Africa. The stage of degenerative and man-made diseases is the "epidemic form" of CVD, in which ischemic heart disease and stroke become the predominant causes of death, especially in the socially and economically productive age groups, 45-65 years. This stage has become established in urban areas of Asia, Africa and Latin America, and persists in the former socialist countries of Eastern Europe. The final stage of the epidemiologic transition has been thought to be one in which vascular heart disease and stroke remain dominant causes of death, but only at older ages. These patterns characterize Western Europe, North America, Japan, and Australia/ New Zealand. These regions have, in general, been characterized by declining CVD mortality rates since the 1970s and 1980s.

The world then is a patchwork of countries and regions at different stages in the evolution of their cardiovascular epidemic. A recent examination of country specific, age-adjusted rates (to the European standard population) show considerable heterogeneity in mortality from CVD, ranging almost five-fold between Japan and the Russian Federation (Figure 1) (American Heart Association, 1999).

TABLE 1: TEN LEADING CAUSES OF DEATH FOR 1990

RANK	DEVELOPED REGIONS	TOTAL DEATHS (THOUSANDS)	DEVELOPING REGIONS	TOTAL DEATHS (THOUSANDS)
1	Ischemic heart disease	2,695	Lower respiratory infections	3,915
2	Cerebrovascular disease	1,427	Ischemic heart failure	3,565
3	Trachea, bronchus, and lung cancer	523	Cerebrovascular disease	2,954
4	Lower respiratory infections	385	Diarrheal diseases	2,940
5	Chronic obstructive pulmonary disease	324	Conditions arising during the perinatal period	2,361
6	Colon and rectum cancers	277	Tuberculosis	1,922
7	Stomach cancer	241	Chronic obstructive pulmonary diseases	1,877
8	Road traffic accidents	222	Measles	1,058
9	Self-inflicted injuries	193	Malaria	856
10	Diabetes mellitus	176	Road traffic accidents	777
Total Deaths		10,912		39,554

Source: Murray and Lopez, 1996

TABLE 2: DEATHS CAUSED BY CARDIOVASCULAR DISEASE AT FOUR DIFFERENT STAGES OF THE EPIDEMIOLOGIC TRANSITION

STAGE OF DEVELOPMENT	DEATHS FROM CVD (% OF TOTAL)	PREDOMINANT CVDS	REGIONAL EXAMPLES
Age of pestilence and famine	5 - 10	Rheumatic heart disease, infections, and nutritional cardiomyopathies	Rural areas of sub-Saharan Africa, India and South America
Age of receding pandemics	10 - 35	As above, plus hypertensive heart disease and hemorrhagic stroke	China, and urban Africa
Age of degenerative and man-made diseases	35 - 55	All forms of stroke: ischemic heart disease at relatively young ages	Urban Asia, Latin America, and Eastern Europe
Age of delayed degenerative diseases	< 50	Stroke and ischemic heart disease at older ages	Western Europe, North America, Australia, New Zealand, and Japan

Source: Pearson et al., 1993; Howson et al., 1998

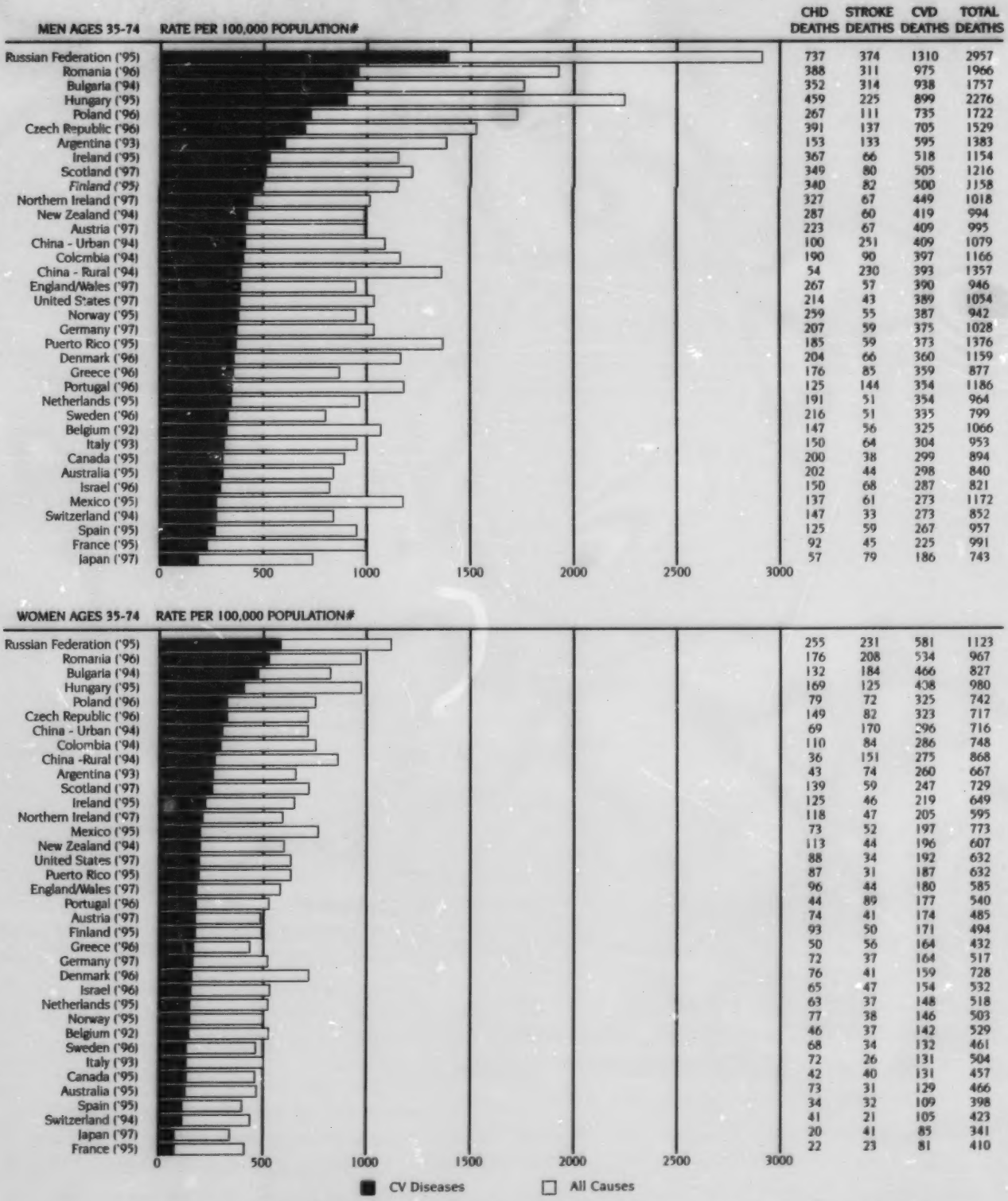


FIGURE 1: AGE-RELATED MORTALITY RATES FOR CORONARY HEART DISEASE, STROKE, TOTAL CARDIOVASCULAR DISEASES AND ALL CAUSES IN SELECTED COUNTRIES. Rates Adjusted to the European Standard population.

#ICD/9 390-459 for cardiovascular disease; 410-414 for coronary heart disease; and 430-438 for stroke. Exceptions include the Czech Republic, Japan and Denmark, which are ICD/10, and Switzerland, which is ICD/8. Codes for ICD/10 are 100-199 for cardiovascular disease; 120-125 for coronary heart disease; and 160-169 for stroke. Codes for ICD/8 are 390-458 for cardiovascular disease; 410-414 for coronary heart disease; and 430-438 for stroke.

Source: American Heart Association, 1999

RECENT LESSONS LEARNED ABOUT CARDIOVASCULAR DISEASE FROM DIFFERENT REGIONS OF THE WORLD

Actualization of the CVD Epidemic in Low and Middle Income Countries

An epidemic of cardiovascular disease in the developing world has been predicted for at least ten years, based on reductions in infectious disease mortality, resultant increases in life expectancy to the years in which CVD becomes manifest, and adoption of CVD risk behaviors in these countries (Pearson et al., 1993; Whelton et al., 1995; Reddy and Yusuf, 1998; Howson et al., 1998; World Heart Federation, 1999). However, the magnitude and rapidity of this epidemic could not be foreseen until recently. The first lesson from developing countries is that they are capable of CVD epidemics similar in magnitude to those of former socialist countries and western economies. Review of Figure 1 identifies, as of the mid 1990s, three of the highest rates of CVD belonged to countries considered "developing," namely Argentina, China, and Columbia (American Heart Association, 1999). The rates for Argentina, for example, exceed those of most Western European and North American countries. These countries could now be considered to have reached the third stage of the epidemiologic transition, with a rapid transition apparently starting over the last decade or so.

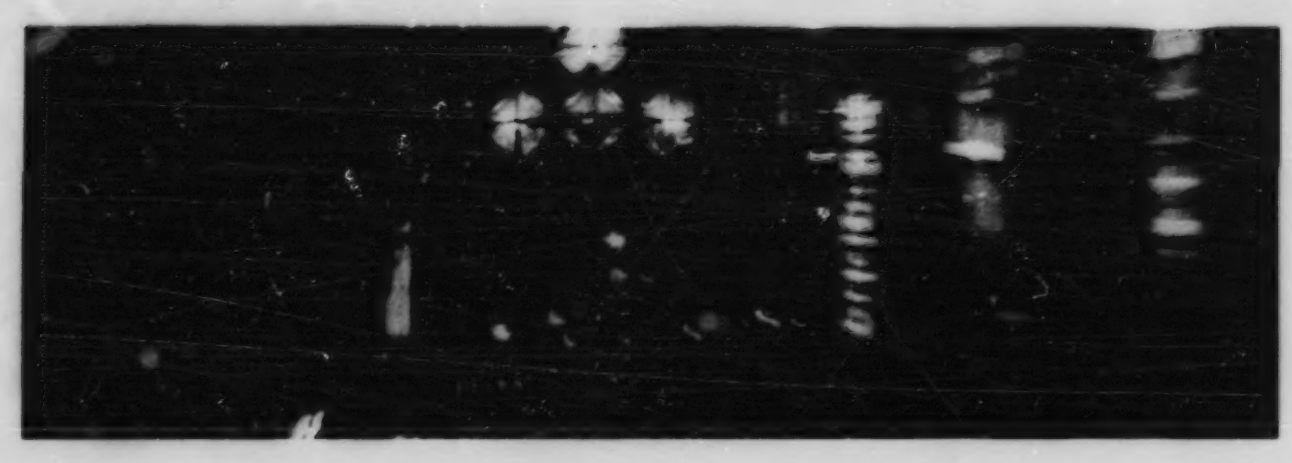
A second lesson from developing countries is that there appears to be considerable heterogeneity in trends, in that several middle-income countries appeared to have not entered this phase, and may actually have declining rates. Chile and Cuba are cited as countries with declining CVD mortality rates. Mauritius, for example, has been able to document declines in serum cholesterol, blood pressure, and smoking from 1987 to 1992 (Dowse et al., 1995). Therefore, it appears that a CVD epidemic, especially one of great magnitude, is not obligatory.

Ischemic heart disease mortality in Poland which declined 25 percent over a three-year period from 1991 to 1993, has been attributed to a change in national nutrition priorities and free markets for healthy foods. The rapid decline suggests that effective public health interventions can act rapidly to halt the progression of CVD mortality rates.

Former Socialist Economies of Europe: Countries With the World's Highest CVD Burden

As shown in Figure 1, former socialist countries of Eastern Europe remain entrenched with the highest CVD mortality rates in the world. An important lesson learned from the Russian Federation is that CVD can be a major determinant of life expectancy (Bobadilla et al., 1997; Notzon et al., 1998). It is often suggested that, since most CVD deaths are at older ages, reduction of CVD will not expand life expectancy. Between 1990 and 1994, life expectancy in Russia declined five years. While social, behavioral, and economic factors have been identified as contributors to this decline, vital statistics identify heart disease and stroke to account for 36 percent of the decline – by far the largest proportion of the life expectancy attributed to a single disease.

A final lesson from Eastern European countries is that progress is being made to slow or even reverse the epidemic is these parts of the world. Considerable variability has been observed in other former socialist countries (Chenet et al., 1996). For example, ischemic heart disease mortality in Poland, which declined 25 percent over a three-year period from 1991 to 1993, has been attributed to a change in national nutrition priorities and free markets for healthy foods (Zatonski et al., 1998). The rapid decline suggests that effective public health interventions can act rapidly to halt the progression of CVD mortality rates. Nonetheless, CVD mortality continues to be a major challenge in former socialist economies.



Established Market Economies: Is All the News Good?

The decline in CVD mortality in Western Europe, North America, and Australia/New Zealand has been well documented since 1970 or so, with some variation in the years in which the declines began (Thom, 1989). Much has been written about the cause of the declines, with most balanced reviews suggesting a combination of public health measures (tobacco policies, health education, nutrition programs) (Epstein, 1989) and improvements in care (Goldman and Cook, 1984; Pearson, 1989). These trends have been correctly cited as evidence of the preventability of CVD at the population level.

Recent data from some of the developing countries have been more pessimistic, suggesting a slowing of the decline in CVD mortality, or even a reversal. A review of CVD trends in the United States, for example, suggests a flattening of the decline in CVD mortality since 1990, and a well-documented absence of a decline in stroke mortality since 1990. (Figure 2) (Cooper et al., 2000). This is coupled with an increase in mortality from congestive heart failure, and a progressive year-to-year increase in the number of hospital discharges for CVD. Considerable heterogeneity in declines was also observed in the U.S. for race and ethnic groups, socioeconomic strata, and geographic regions within the U.S. Studies of two states (Massachusetts and Minnesota) show little decline in incidence of ischemic heart disease and stroke since 1990, suggesting that any further decline may be solely due to reduction in case fatality rates after the onset of CVD (McGovern et al., 1996; Goldberg et al 1999). This may explain the increasing prevalence of CVD in the U.S., now estimated to be 12 percent of men and eight percent of women, in adults aged 45 years and older. The lack of reduction of incidence is consistent with other data showing little change in tobacco consumption, dietary fat, physical activity, or blood pressure control since 1990 (Cooper et al., 2000). More ominous are data suggesting increased caloric intake followed by an epidemic of obesity and diabetes (Cooper et al., 2000). These data would suggest that the pattern of decline of CVD in at least one developing country, the United States, may be at an end.

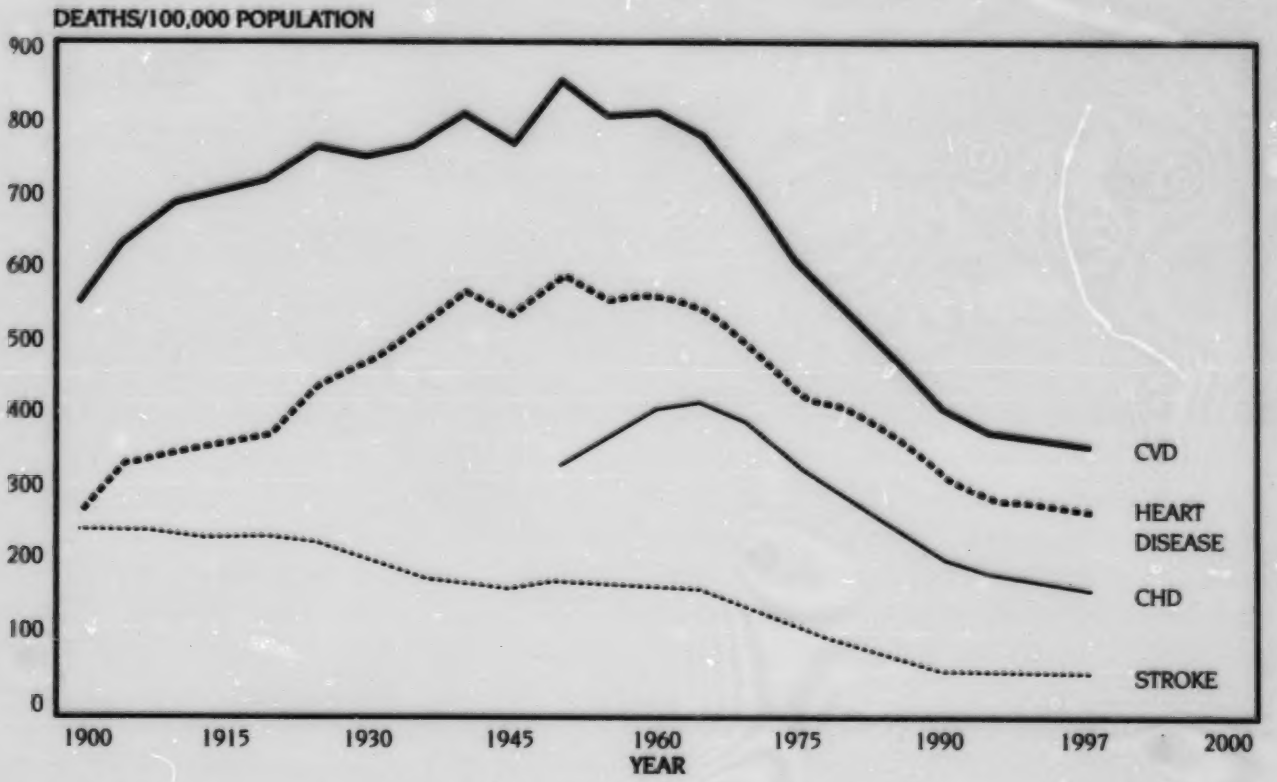
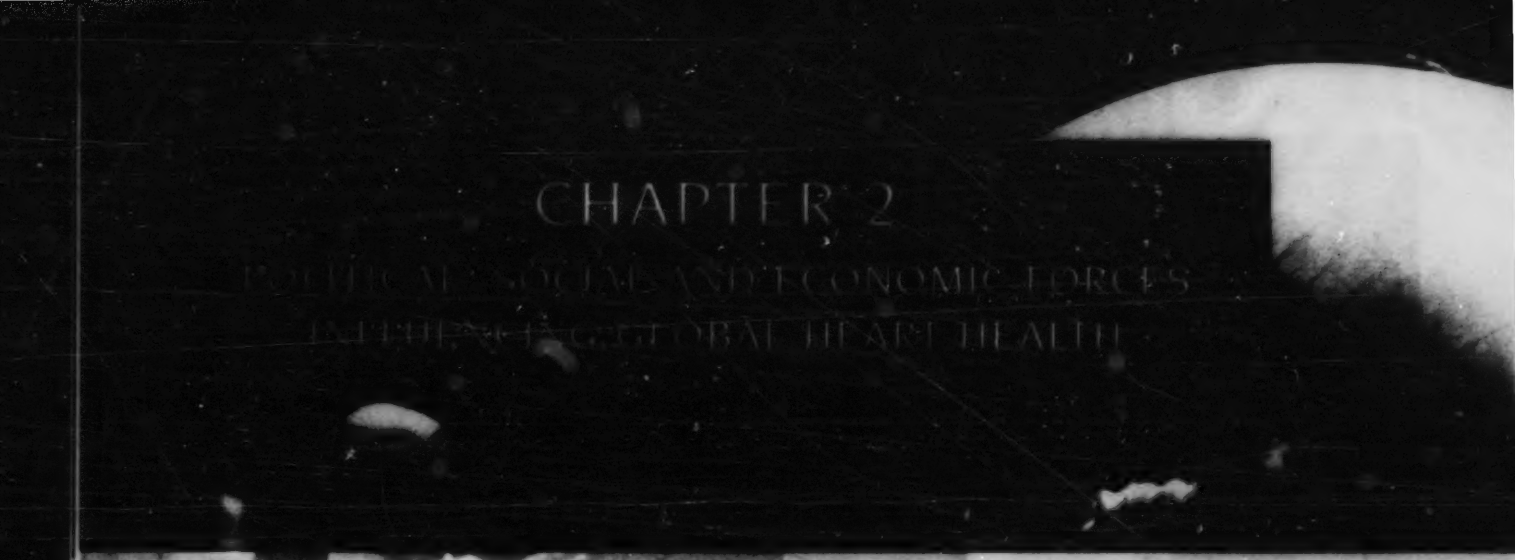


FIGURE 2: AGE-ADJUSTED (TO 2000 STANDARD) MORTALITY RATES FOR MAJOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE UNITED STATES FROM 1900 TO 1997

Source: Cooper et al., 2000



CHAPTER 2

POLITICAL, SOCIAL AND ECONOMIC FORCES IN THE FIGHT AGAINST GLOBAL HEART HEALTH

This chapter uses a political economy perspective for the analysis of the interplay of political, economic and social aspects of CVD prevention that originate primarily from outside the health sector. It discusses aspects of the development and implementation, or lack thereof, of prevention and promotion policies at the macro level, including health systems development, governance, financing, economics, and global trends.

Factors from outside and beyond the control of the health sector shape environments, behaviors and health systems around the world. Globalization trends, systemic barriers, professional issues, ethics and rights, biotechnology and genetics, financing and research, are issues that require consideration in shaping strategies for creating health through strengthening the capacity of health systems to deliver prevention, and by establishing the appropriate links with social, economic and political constituencies.

GLOBALIZATION

Globalization has been defined for the purposes of this document as a process of increasing global interdependence and integration of such things as economics and trade, travel, information and related technology, and cultural values on one hand and with increasing divergence and dislocation on the other. All of these have important implications for governance generally and health and health policy specifically. To some extent, and for some people, certain aspects of globalization are positive, offering unprecedented opportunity for economic growth, cultural exchange and transfer of knowledge. Yet, for many others, the effects of globalization are damaging or even potentially devastating (Wyplosz, 1999).

While there has been an overall surge in economic growth associated with global restructuring of production, deregulated financial markets and increased international trade, the gains from economic growth have been unevenly shared among and within societies. Of particular concern are the constraints imposed by globalization on national governments' traditional responsibility for moderating wealth distribution in society, thereby influencing the relationship between socioeconomic status and health.

Health Reform

Globalization has been accompanied by significant health system reform that is being carried out in many countries of the world. Reform is characterized in many cases by a drive to redefine the role of national and local governments with respect to health, putting more focus on the development of systems with greater community and citizen participation. The aim of much of this change is to ensure equitable access to health services for all, and particularly for disadvantaged groups (European Health Care Reform, 1997).

To varying degrees, health reform in many countries is being driven by the process of privatization with the aim of reducing public sector spending on health care. The process is often being carried out under the guise of rationalization of public and private sector involvement in health care delivery with the aim of greater emphasis on efficiency and cost-effective programs and services.

Critics argue that this change is being driven, in part, (and in some areas) by the attempt to download responsibility for health to lower administrative levels. A problem exists in that these levels do not often have adequate material or human capacity to carry out these reforms. This impacts the capacity of health systems to initiate and maintain heart health programs at all levels.

The Need for Global Action

An important consideration for health reform is that, in a globalizing world, unhealthy lifestyles and environments that are at the root of the CVD global epidemic can be as communicable as infectious agents. This situation often results from individuals and communities adopting unhealthy socio-cultural practices and habits that may be new to the society, the adoption of which is influenced by the advertising of new products. This process is likely to be more prevalent with respect to youth in many societies; a phenomenon that has been described as the "global teenager" (Schwartz, 1996).

Such examples reflect the globalization of health problems that call for global solutions. Reliance exclusively on a collection of national health policies and legislation is not likely to be adequate or feasible in this era of great global change. Therefore, there is a need for global policies on health and CVD. For the international community with an interest in health it is necessary not only to think globally but also to act globally.

The global marketing and uptake of tobacco products is a specific case in point. In this context, the International Framework Convention on Tobacco Control being put forward by the World Health Organization (WHO) is an important example of the kind of leadership and initiative required if appropriate global strategies are to be developed to deal with the major threats to health posed by NCDs such as CVD.

The tobacco treaty will provide the international framework to develop national health policies and to control the global reach of transnational tobacco companies. It sets standards that countries can adopt to control advertising, prevent smuggling and facilitate the global exchange of knowledge regarding the tobacco use epidemic. This initiative underscores that when the international community comes together in support of health they are also demonstrating concrete support for justice, equity and solidarity.

Yet, positive as these initiatives are, there is concern that the forces of globalization, particularly with regard to economics and trade, have the potential to make it harder for governments to intervene within their own borders.

Technology, Information and Marketing

The information technology revolution as a part of globalization holds out the potential for a better-educated world with greater access to prevention and promotion information. However, information technology can overwhelm traditional cultures furthering trends towards a single universal culture and lifestyle that for the most part is not particularly supportive of health.

This, combined with the fact that political, social and economic policies are increasingly beyond the control of national jurisdictions, limits the capacity of health systems to counter the spread of CVD risk factors such as unhealthy diets and consumption of tobacco products.

Probably one of the most obvious examples of the double-edged nature of globalization is the convergence that is occurring with respect to the global diet (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). In Europe, for example, the country-to-country variability in dietary fat consumption appears to be declining (Figure 3). Countries, such as the United Kingdom, have moderately reduced their consumption of saturated fat (as a percentage of calories) from 1972 to the present (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). Over the same period, countries with low saturated fat consumption, such as Bulgaria, have increased the consumption of these fats. This has lead to a convergence of eating patterns over the last thirty years.

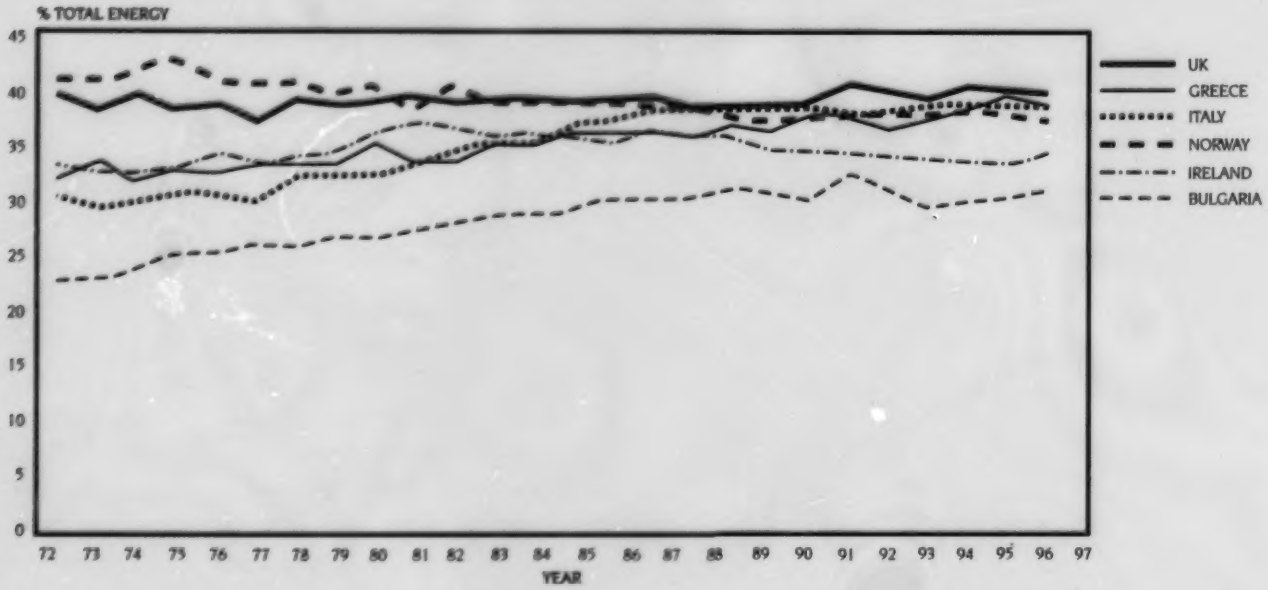


FIGURE 3: PERCENTAGE OF TOTAL DIETARY ENERGY FROM FAT IN SELECTED COUNTRIES, 1972 - 1997

Source: European Cardiovascular Disease Statistics, 2000

On the other hand, in Poland the lifting of restrictions on the importation of low saturated fat margarine, fruits and vegetables has contributed to recent reductions in coronary artery disease in that country (Zatonski et al., 1998). The liberalization of food marketing and trade is a growing force. The challenge is to enlist these market forces for the promotion of more desirable food consumption patterns and habits.

Globalization of public education and information has the potential for significant positive impact on health. However, the opposite is occurring with global messaging that does not respect cultures. It is usually driven by economic motives e.g. the marketing of fast foods, drugs and tobacco. These efforts are usually well financed and highly professionally marketed with profit as the only motive. Global strategies to counteract the above do not generally exist. Education messages tend to be local and their delivery is most often poorly financed and without professional marketing. Under such circumstances, it is almost impossible for these educational efforts to be applied on a large enough scale or for long enough to affect significant change and deliver a "preventive dose".

In addition, the enhanced ability for global communications has created significant opportunities for direct-to-consumer advertising on the part of such industries as international pharmaceutical companies.

The ability of drug companies to use communication technology on a global scale to cross borders to sell directly to the consumers has created, in some countries, economic incentives for the use of drugs. In contrast, although there are increased opportunities for global marketing of pharmacological agents, there is not a parallel force to globalize hygienic heart health measures.

Medical Technology

Another global influence is the medical profession and the pharmaceutical and medical instrument companies. Medical education, medical information, and high technologies such as pharmaceuticals and devices are increasingly marketed on a global basis. Many opinion leaders in medicine have trained in several different countries. Most pharmaceutical and medical device companies are transnational, with the highest technologies promoted as the best technologies, often with attention to efficacy given priority over that of cost-effectiveness. Continuing medical education, increasingly available over the Internet, shapes the attitudes and practice behaviours of the professionals receiving it regardless of whether the education fits their practice environments.

However, globalization has the potential to diminish the capacity of national governments to develop broadly based policies for health promotion and disease prevention. Policies generated by transnational, corporate and other interests can reduce the capacity of state governments to control circumstances within their own borders. The global industrial sector with a direct financial interest in health and illness tends to skew the national health policy agenda towards curative issues and to the investment in expensive technology (Morgan et al., 2000).

Investments in technology constitute an opportunity cost that not only places limits on the ability of health systems to finance health promotion and disease prevention but also limits their capacity to invest in other important sectors of society that have a bearing on health, such as education. Clearly the concept of opportunity costs has to be considered, keeping in mind the different context of the infrastructure and stage of development, etc. that exists in developing and developed countries. However, it is a valuable concept that can be employed in deciding upon policy options.

Changing Epidemiology and the Future

Finally, the privatization or individualization of risk has increasingly replaced population approaches to CVD control - privatization of risk suggests that the individual is responsible for his or her own risk of CVD and preventive measures increasingly have focused on individual risk assessment and the treatment of the highest risk individuals (Rockhill, 2001). This shift from population-wide interventions has been considered evidence for the failure of public health to offer solutions to contemporary health problems, including CVD (Beaglehole et al., 1997; Schwartz et al., 1999). The CVD mortality reduction in developed countries since 1970 appears attributable at least in part to population-based strategies in tobacco, nutrition, and physical activity. At least in the U.S. and Finland, the cessation of reduction in tobacco, dietary fat, and sedentarism appears to correlate well with the cessation of CVD incidence reduction. The continued (but lessening) decline in CVD mortality correlates with applications of increasingly high technology to high-risk groups. The privatization of risk appears to have favored those with higher education and in higher income strata, with large gradients in CVD mortality resulting in the highest CVD mortality rates in those least likely to comprehend and reduce their own risks.

What is the final stage of the CVD epidemic? The current model (Table 1) suggests that CVD will continue to decline, affecting older and older individuals, with fewer persons in socially and economically productive ages affected. Recent changes in CVD in developed countries like the U.S. suggest another scenario, in which a steady state is reached that is dependent on the country's capacity and will to institute population-wide changes. This stage, termed the stage of globalization and privatization of risk, suggests CVD will become ubiquitous around the globe, with rates of heart disease and stroke determined not by country of residence but by an individual's receipt of a global array of products, information, and education. Thus CVD rates will vary more by education and income than by country, and CVD will be endemic and pandemic.

The rapidity by which CVD has become established in developing countries, the magnitude of the CVD epidemic in Eastern Europe, and the possible leveling of the decline in CVD in the U.S. and possibly other Western Countries can be speculated as having a common theme: that CVD, as a global pandemic, now has causative factors acting on a worldwide basis. The same factors may initiate, enhance, or sustain the epidemic, depending on the local conditions. These factors are not necessarily new ones, as smoking, high blood pressure, high blood cholesterol and diabetes are common to CVD patients worldwide. The end result is the globalization of the CVD epidemic as the leading cause of death for humankind, regardless of the location on earth.

The rapidity by which CVD has become established in developing countries, the magnitude of the CVD epidemic in Eastern Europe, and the possible leveling of the decline in CVD in the U.S. and possibly other Western Countries can be speculated as having a common theme: that CVD, as a global pandemic, now has causative factors acting on a worldwide basis.

THE CLINICAL MEDICAL PARADIGM

In the area of promotion and prevention there is no private sector or industrial base with a direct commercial interest in the primary prevention of CVD. In contrast, there is a substantial industrial base behind the health care sector that is influential in creating demand, shaping policy and determining the resource allocations of health systems, all with a natural bias towards curative care. Government policies for primary prevention need to ensure that a more appropriate balance is struck in the provision of resources directed to promotion and prevention vis-à-vis curative services. Ultimately, support for the prevention agenda must come from the public sector, as it is unlikely that others, notably industry, will do it in the absence of a profit motive.

The implementation of promotion and prevention initiatives is challenged by the inappropriate application of the clinical paradigm that targets individuals instead of policies and strategies that target populations and communities as a whole. For the latter, critical issues are the capacity to intervene when, of course, sufficient evidence for effectiveness exists. Community interventions must first of all have enough capacity to deliver a sufficient intervention dose, namely: the appropriate intervention, in the right amount with sufficient population reach.

In many countries research resource allocation is influenced disproportionately by clinical and biomedical researchers. Often, proposals for community level prevention and promotion research is impeded by excessive adherence to the randomized controlled trial, which is not applicable to community and population approaches. The research and implementation of promotion and prevention programs continues to be hindered by constraints imposed by the clinical research evaluation paradigm. The heart health community should recognize other well-established methods for judging effectiveness of health promotion and prevention interventions. As a proactive step it will be important to develop alternative, and agreed to, criteria for evaluating health promotion and prevention interventions.

Other differences between these two approaches are illustrated in Table 3. Whereas in clinical interventions the client is the individual patient, in the promotion and prevention paradigm the client is the community or a population. Similarly, the intervention outcome in a clinical context is obtaining individual level change, whereas in promotion and prevention the outcome is to change the social and environmental norms and values that lead to changes in the entire population.

TABLE 3: COMPARISON OF THE INDIVIDUAL AND COMMUNITY APPROACHES FOR CVD PREVENTION

INDIVIDUAL - CLINICAL PRACTICE	COMMUNITY - POPULATION APPROACHES AND HEALTH PROMOTION
The standards are randomized controlled trials	Standards are outcome and process evaluations; use quantitative and qualitative methods
Patients are individuals	The client is the community
Less than therapeutic dose is unacceptable	Preventative dose rarely applied
Easier to treat an individual	Difficult to scale up health promotion programs that reach the whole population
Outcomes of interventions are individual change	Outcomes are to change the social norms, environments and behaviour of entire populations
Interventions can focus on most factors relevant to the outcome	Interventions rarely take on social determinants external to the community

There are examples of promotion and prevention initiatives that have successfully implemented comprehensive population health programs. Well known studies in the U.S. and Finland have demonstrated the potential of community interventions to improve cardiovascular and other health outcomes (Schooler et al., 1997, Puska et al 1995). The results from these studies have shown that preventive approaches need to be comprehensive and use multiple intervention channels, emphasize linkage to the local health systems, and focus on bringing about environmental and policy changes. These lessons have been embodied in the recently launched U.S. CDC Cardiovascular Health Initiative that gives priority funding to policy and environmental change measures.

Other examples of successful application of promotion and prevention approaches are the U.S. initiative on High Blood Pressure Detection and Education (National High Blood Pressure Detection and Education Program, 1980) and the National Cholesterol Education Program (1985). There is evidence that the drop in cholesterol levels was successful because it combined education and behavioral change strategies with an environmental change in which the industry provided foods to the public that were lower in fat.

Stomach cancer and stroke are two notable examples of the power that an environmental change can have on the incidence of major diseases. Mortality from these causes has declined significantly since the 1950s. The decline was coincident ~ and most likely due to ~ the advent and widespread use of refrigeration that reduced requirements for salting and curing of food staples for preservation purposes. Salting and curing of foods has been implicated as a cause of both stomach cancer and hypertension and stroke.

THE BIOTECHNOLOGY AND GENETIC INDUSTRY

Biotechnology and genetics have become a major area for health system investment and for the allocation of research dollars. There has been significant "irrational exuberance" with respect to the potential of these areas of research to provide real health gains. An example is the optimism on behalf of the Nobel prize-winning scientists Drs. Brown and Goldstein (1996) who wrote that CVD would be a non-issue for prevention in the first decade of the 21st century due to application of gene therapy. Clearly this optimism has not been justified. Because CVD is multi-factorial, it remains very unlikely that there will be one single gene to target. Epidemiological research would suggest that the present level of optimism for a single gene solution is overstated and that the gene/environment interaction is the key determinant to disease expression in a population. More than ever there is now a need for the heart health constituency to advocate for a balance between biotechnology and genetics research and more general population health approaches to obtain improvements in the population health status.

ETHICS AND THE RIGHT TO HEALTH

Societies, governments and health systems recognize the need and desirability for their citizens to access treatment and other health services - to the extent that societal resources permit. Indeed, some countries have codified health as a basic human right that is directly tied to issues of equity, solidarity, patients' rights and quality of care. This perspective is increasingly acceptable to the international community, and is actively promoted by WHO policy, and by a number of countries and international organizations and networks. At the practical level, this recognition and acceptance of the "right to health" applies mainly to diagnostic and treatment health care services, and generally ignores the ethical right to health promotion and disease prevention.

The above highlights a number of ethical issues with respect to decision-making on the part of health professionals and by those charged with the governance of health systems. Because CVD is an area where significant health gains can be realized, the ethical issues of promotion and prevention ought to be of special concern to the CVD constituency.

Health professionals, particularly clinical specialists such as cardiologists and cardiovascular surgeons, are influential in the determination of health policy. As a group they have not only the capacity but also the ethical responsibility to advocate for support not only of treatment-oriented policy, but also for preventive policies, programs, and services. This responsibility to advocate should be of paramount importance to health practitioners and specialists in situations in which resource constraints make it unlikely that major health gains can be made through provision of illness care services.

But not all the onus should be placed on the health professionals alone. The capacity of the health system to provide for prevention and promotion depends upon the policy choices made by those who are responsible for the governance of the health system. Governance includes the political and senior management levels of government and their policy decisions, which should also be guided by ethical considerations. This impacts on issues of prevention and promotion as many jurisdictions, at best, do not assign the resources for these services that would seem to be justified by the state-of-the-art science, and, at worst, they may not assign any resources at all.

Ethics has become widely accepted in clinical aspects of health care. Patients' rights were highlighted in the Lubljana Charter (World Heath Organization, 1996) and are being codified in the practice of health systems and in the legal frameworks of many countries. Patients' rights cover a wide range of issues such as the right to confidentiality, informed consent, full disclosure and the right to receive the health care appropriate to one's health needs. They focus mostly on the clinical care encounter. Recent worldwide attention to health care reform provides an opportunity, either to expand these rights or to create a parallel set of rights for entitlement and access by citizens to health, health promotion and disease prevention. Patients' rights should therefore be placed in the context of quality prevention and promotion services and people's right to health and not just health care.

The practices of health professionals, especially physicians, are universally governed by a code of ethics that binds them to provide the best possible care for their patients. Given the advances in the prevention of CVD that have occurred over the last fifty years and the plethora of interventions that are known to be effective, the provision of prevention and promotion services by health professionals ought be seen as integral and equal to the rights for treatment in the ethical code of patient care.

However, politicians and policy makers need to also recognize that their decisions related to apportionment of resources among prevention, health promotion and clinical care have a significant ethical basis. The resources and the policies that govern the health system, in turn condition and mold the behavior and the capacity of health professionals in the discharge of their ethical responsibilities to carry out best medical practice including the provision of prevention and promotion services. From a practical perspective this means that health insurance legislation needs to provide financing for the provision of preventive health services and for the basic infrastructure for primary health care. This includes provisions for the reimbursement of health professionals to practice prevention and the appropriate training programs to enable them to acquire the capacity to do it.

A major ethical dimension with respect to promotion and prevention concerns the implementation of policies and interventions that affect communities and entire population groups. Current practice allows almost any group of professionals or non-professionals and almost any organization regardless of credentials, to initiate prevention and promotion programs that affect lifestyles and awareness levels of individuals. This often occurs in the absence of any ethical or scientific review and without regard for issues of equity or whether the dose of intervention is adequate so as to justify an expectation of health gain to the people or communities concerned.

Community interventions need to be examined from an ethical perspective. In many cases interventions are implemented with the support of short term funding policies that effectively see communities as laboratories or experimental groups in which the interventions are carried out for a limited time frame and when services or programs are terminated, the communities are left to pick up the pieces. Governments and other organizations that support community interventions are bound to review proposals to be funded with these ethical considerations in mind.

FINANCING OF HEART HEALTH

The argument that "prevention pays" often does not result in increased health system allocations. The responsibility for the fact that prevention loses in the competition with clinical care lies more with reasons of political economy than effectiveness. The issue of financing is a problem at all levels - local, national and international.

In managed care health systems that are common in the U.S., there is an emphasis on "return on the dollar". Clearly prevention and promotion, where benefits often accrue in the longer term and are measured by the absence of clinical events (e.g., heart attacks and strokes), presents difficulties for those operating in an investment paradigm. Also it is more difficult to convince the private sector to finance long-term behaviour change strategies than to finance technology. In the U.S. some health promotion and disease prevention is financed and delivered by the private sector (e.g., work site programs etc.). However, as the insured populations covered under these programs are getting older and consuming more health care dollars, there are fewer funds available for prevention and promotion efforts, particularly for the all-important task of dissemination (Farquhar, 1996).

There are some financing models, such as dedicated taxes as utilized in the California tobacco control program that are effective options for financing of heart health and have shown an impact on health outcomes. (Sly et al., 2001; Pierce et al., 1994)

There is a striking absence of policies for financing international infrastructure and capacity building for heart health. Issues of financing may be positioned in economic terms as a global public good[1]. The control of communicable disease has been considered a global public good since the Athenian plague in 430 BC. This perspective is supported in modern times by international organizations such as the WHO. The shift in balance from the consideration of chronic diseases as mainly issues of national concern to that of a global public good is being driven by the forces of globalization outlined earlier in this chapter.

Those concerned with heart health promotion at the international level, should advocate for mechanisms to advance the concept that chronic disease prevention is a public health good. They may ask for the creation of the infrastructure needed to set priorities for research and implementation, to prepare proposals, and to administer funds that might be provided by governments and health, social and economic development agencies.

The epidemic of CVD is based on the uptake of unhealthy lifestyle choices and behaviours, which in turn are being spread by the globalization of communications, marketing and trade. Given the determinants of this global epidemic, stemming it is beyond the ability of any nation or group of nations. This poses a challenge to existing international bodies such as the WHO, the World Bank and international NGOs to provide leadership, financing, policy and organizational frameworks that will provide the mechanisms to finance health as an international public good.

AN UNBALANCED RESEARCH AGENDA

Most research funding goes to the support of new understandings of disease processes, new treatment modalities and the development of new technology. Very little supports implementation research for heart health programs through health promotion and disease prevention approaches (Farquhar, 1996). There is only very limited money available for research in CVD for developing countries, and for CVD research with an international scope. The Global Forum for Health Research (2000) has documented that 90 percent of the research dollars are spent on the ten percent of the population in developed countries. It is sobering to realize that the epidemiology of diseases such as CVD is based on studies that have been carried out only on approximately 20 percent of the world's population and these studies have been confined almost exclusively to the western world.

Community research is expensive, takes time and often requires a combination of qualitative and quantitative methods involving a different evaluation paradigm than that used in most experimental research. The lack of research funding extends to priorities such as dissemination, translation of science into practice, implementation research as well as to methods for training researchers and building the human resource capacity to implement heart health policies and multidisciplinary programs (The Catalonia Declaration, 1996).

Research should also focus on issues of the political economy of heart health, including monitoring of the impact of globalization on health and CVD. This could be aided by the establishment of vehicles such as the Global Observatory on CVD Prevention and Control that was recommended by *The Singapore Declaration* for Heart Health (1998).

[1] For the purpose of this Declaration a public good is defined as a good that has properties of non-rivalry in consumption and non-excludability. A "global" public health good is defined as a public good with benefits that are strongly universal in terms of countries, people and generations (Global Public Goods, 1999).

The success of the U.S. in controlling tobacco use and in getting support for broad policies of dietary change is due in part to the existence in that country of scientific establishments (National Institutes of Health and Centers for Disease Control and Prevention) to counter the market forces of the private sector. This has been aided significantly by the existence of consumer groups that have been very active in educating the American public concerning a wide range of health issues. The National Public Health Institute in Finland is another example of an institution with high public and scientific credibility providing unbiased information to assist decision-making on the part of the public and politicians.

In summary, the global need to control chronic diseases such as CVD presents enormous governance and institutional challenges because of the evolving global context and the radical changes in international structures and forms governing commerce. Globalization of finance and trade has lead to the adoption of systems of rules, such as those of the World Trade Organization and multilateral trading regimes that have the potential to impact the health of populations as well as the organization and delivery of health services. New institutional systems that are able to counter these disruptions are needed. These include the potential of an increased role for international governmental organizations (e.g., WHO) as institutions of global governance. A much more important hope for the future would be the development of mixed coalitions forming around such issues as tobacco control, HIV/AIDS, and small weapons control that involve NGOs, social movements, academics, IGOs, national governments, and, increasingly, business.

CHAPTER 3
SYSTEMIC BARRIERS FOR HEART HEALTH

SYSTEMIC BARRIERS

The Catalonia Declaration (1996) discussed barriers to effective (heart health) action that "reside ultimately on the thoughts, actions, and behaviour of individuals at all levels of society and of the organization and systems to which they belong". These include: aversion or resistance to change, gaps between scientific knowledge and its application, conflicting commercial and marketing interests, and lack of collaboration.

Despite clear evidence for the value of prevention, there remain considerable systemic barriers to heart health. These barriers are not unique to heart health, but indeed apply to most areas of health promotion and disease prevention in general. This Chapter focuses on those barriers that are inherent in health systems worldwide.

A LACK OF PRIORITY FOR HEALTH PROMOTION AND CVD PREVENTION

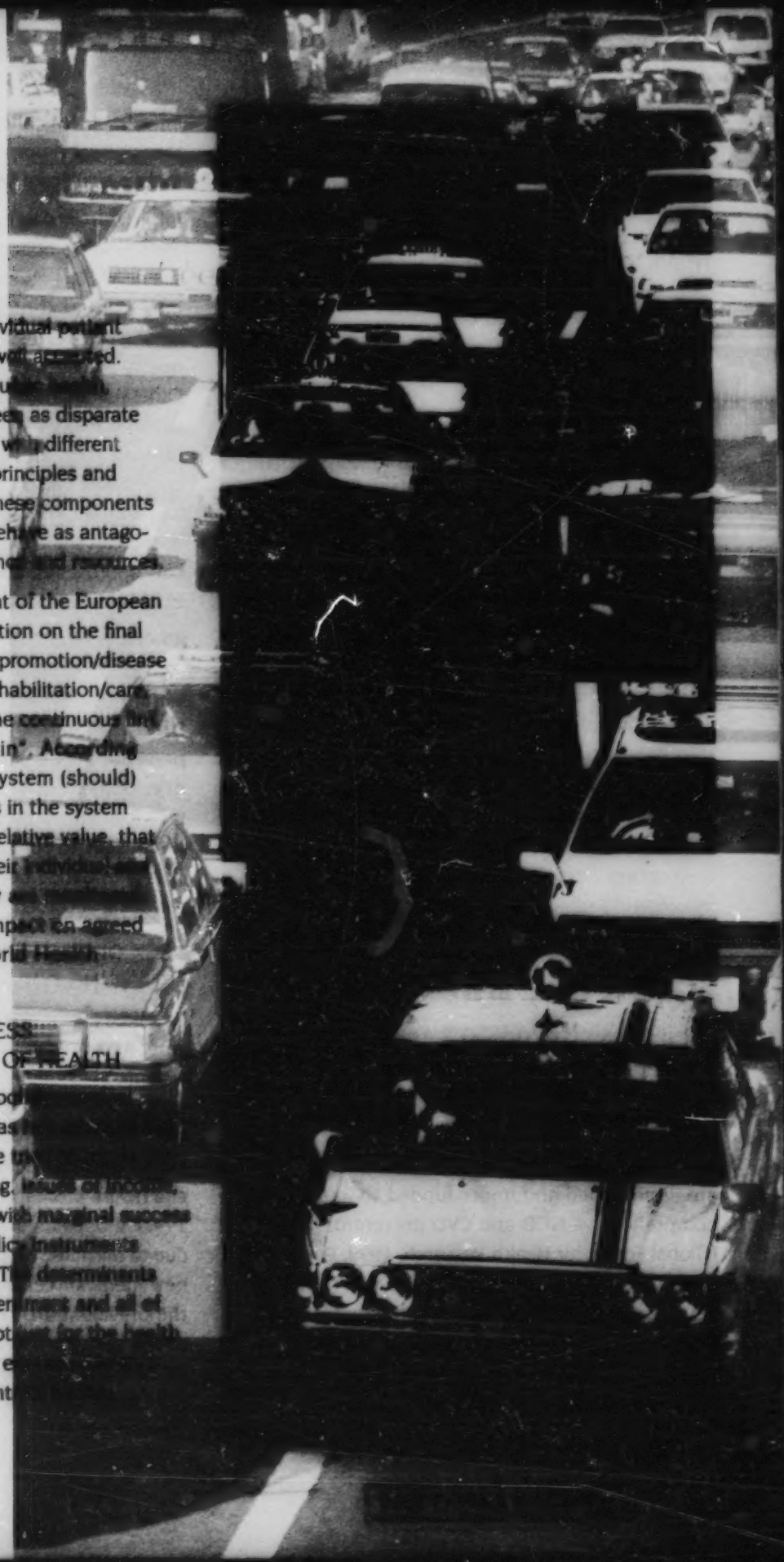
The potential health as well as the economic gains from investment in prevention are poorly understood by governments and societies (The Catalonia Declaration, 1996). There is not an exact formula to arrive at an appropriate balance in resource allocations for the curative and preventive components of the health system. However, the potential gains from prevention of CVD in terms of quality of life, years free of disability, increased productivity and control of health care costs, suggest that the imbalance needs to be addressed.

Funding for heart health is scarce. The reasons for this include a lack of belief that prevention works and the competing priorities faced by health systems to attend to curative care and communicable disease control. Other reasons are: the benefits from prevention of NCD are usually observable only after many years, beyond the time horizon of political decisions; and the difficulties in obtaining funding for sustainable programming from the private sector. The latter is due to the limited potential for economic gain that industry can realize from promotion and prevention.

These realities reflect basic perceptions about the value of promotion and prevention. Governments tend to equate "health care" policy with "health" policy. Prevention and promotion are often considered to be the responsibility of individuals because of their association with lifestyles and the belief that these result only from personal choices without recognition for the complexity of the determinants of human behaviour. For example, environmental influences on lifestyle are often not recognized and hence are not addressed by health policy.

The above barriers are compounded by the fact that in many health systems there is a lack of collaboration between those who practice health promotion and those who work in disease prevention. Some formulations of health promotion policy do not value disease prevention issues and activities. In practical terms this has resulted in difficulties in recruiting health promotion resources in support of disease prevention strategies.

Another reason for the lack of priority for promotion and prevention is that the concept of continuity of health - which brings together health promotion, disease prevention, cure, rehabilitation and care is not well understood by health systems and consequently there are no strategies or funds in place to bring it about.



In contrast, at the level of the individual patient the need for continuity of care is well accepted. In practice, health care services, public health and health promotion are often seen as disparate components of the health system with different orientations, resource allocation principles and management. All too frequently, these components have little interaction, and even behave as antagonists, competing for status, influence and resources.

*Health*21, the key policy document of the European Office of the WHO, "focuses attention on the final health outcomes and sees health promotion/disease prevention/diagnosis/treatment/rehabilitation/care, not as separate entities, but as one continuous line of actions to improve health gain". According to *Health*21: "the management system (should) ensure that the different elements in the system are resourced according to their relative value, that they operate so as to optimize their individual and combined actions, and that they are monitored and evaluated on the basis of their impact on agreed health outcome indicators" (World Health Organization, 1999).

LACK OF POLICIES TO ADDRESS THE BROAD DETERMINANTS OF HEALTH

The development of government policies to deal with the determinants of health has been largely rhetoric. Health departments have tried to address determinants of health agenda (e.g. issues of income, unemployment, equity in health) with marginal success since they do not possess the policy instruments necessary to deal with this issue. The determinants of health are an agenda for a government and all of its ministries and departments, not just for the health department. Sweden has recently established goals that address the determinants

The goals were prepared through an intersectoral process that included scientists, representatives of government departments and members of parliament. This may serve as a model for others and a basis for constructing a global strategy for health (Equity in Health, 1999).

In the context of heart health, determinants of health policies should aim to prevent the emergence of risk factors in the first place. The concept of "primordial prevention" coined by Strasser (1978) aims to create, or rather recreate, "risk-factor-free societies" and preserve "the root social conditions in which risk factors do not arise" (Labarthe, 1999). In practical terms this means those individuals concerned with heart health need to "get out of the professional box" and use their influence to advocate to governments for social, economic and environmental policies that support the broader determinants of health, which in turn have an impact on risk factors for CVD (The Victoria Declaration, 1992; The Catalonia Declaration, 1996, The Singapore Declaration, 1998).

Similarly, social and economic development agencies have an opportunity to demonstrate that their actions and policies can have an immense impact on health and on the economics of disease. "The alternative is to continue indefinitely to rely upon the late and incompletely effective strategies, with their recognized costs for detecting and treating already established risk factors that have been causing progression of atherosclerosis since childhood" (Labarthe, 1999).

LACK OF INSTITUTIONAL CAPACITY FOR PROMOTION AND PREVENTION IN THE GOVERNANCE AND ADMINISTRATION OF THE HEALTH SYSTEM

Most public health and primary health care systems are ill-equipped and under funded to implement comprehensive NCD and CVD prevention policies (Global Forum for Health Research, 1999; Primary Health Care: Everybody's Business, 2000). In developed countries, the health service infrastructure is present, however the will (and policies) to apply it to prevention is often lacking (The Singapore Declaration, 1998). In contrast, in developing countries the health system infrastructure is often lacking, thus they cannot undertake prevention programs on a scale large enough to make a significant population impact on the disease.

Improvements in institutional capacity requires the following: policy and consensus development; the development and implementation of strategies; intersectoral approaches; effective collaboration among all health system components; efficiency and quality management of human and other resources. Other requirements are: health system management accountability for health outcomes, (not just for running good administrative processes); and an appropriate balance between management expertise and content knowledge. Those committed to heart health can share experiences and adopt interdisciplinary approaches, advocate, develop leadership, and establish champions for CVD prevention.

WHO is positioning itself to help Member States increase their NCD prevention capacity. The 1999 *World Assembly Resolution on Noncommunicable Disease Prevention* (1999) has recognized NCD prevention as a priority and has called for the development of a global strategy. WHO is now taking an international leadership role and increasing its capacity to control the emerging NCD epidemic. This is evidence of the priority that NCD and CVD are being accorded.

LACK OF SUSTAINABLE FINANCING FOR HEART HEALTH

Resource allocations to public health, primary health care, and specific NCD prevention programs are woefully inadequate when compared to those available for curative services. In developed countries, it is estimated that between three and five percent of total health care expenditures is allocated to public health and health promotion programs (World Health Report, 1997). It appears that these distorted allocations are due to unlimited demand for curative services, including new medical technologies. An additional reason is the prevalent attitude that attaches a higher value to the benefits from acute care and deeply discounts the benefits from prevention that occur decades into the future.

Securing sustainable financing for heart health presents a difficult challenge. Much promotion and prevention funding is for small-scale interventions such as demonstration programs with distinct termination timeframes. Funding agencies often follow a "seed money" approach and a research orientation rather than an implementation focus. This contrasts with the financing of the health care systems where, within the measure of resources available, health institutions are typically funded for the long term. A case in point: there are no "demonstration hospitals"!

There is limited financing in support of large-scale interventions of NCD and CVD prevention, particularly at the community level. There is a need to advocate for policies and strategic plans that include provisions for adequate financing so that the appropriate interventions might reach the right number of people, with sufficient intensity and duration. Just as important as financing, is the political commitment of health departments to use the existing resources of the health system (e.g. primary care, public health) to scale-up heart health interventions.

THERE IS A GAP BETWEEN KNOWLEDGE AND PRACTICE

Studies show that the application of new knowledge can be a major determinant of the health of populations (World Health Report, 1997). In the context of applying what we know about CVD prevention, there are two basic challenges. One is that the knowledge gained from fifty years of prevention and promotion research has not been fully implemented or disseminated to the degree necessary to make an observable impact at the population level, particularly in arresting the impending epidemic in the developing world. Responsibility for this state of affairs must be borne in part by the scientists and health professionals, who as the repositories of knowledge of prevention, have failed to translate science into policy options and to communicate effectively to governments, decision makers and the public on the potential for CVD prevention (The Victoria Declaration, 1992; The Catalonia Declaration, 1996; The Singapore Declaration, 1998). In addition, governments and health agencies are often remiss in not involving scientists and professionals in key policy, programmatic and resource allocation decisions that facilitate the translation of the scientific knowledge into practice.

A second challenge is to redress the dearth of resources dedicated to dissemination and implementation research (Farquhar, 1996). Research resources are overwhelmingly concentrated in the biomedical and clinical areas. This imbalance may be attributed in part to the fact that research into community health promotion and prevention approaches has for the most part been funded for time limited and geographically limited demonstrations. Dissemination and the challenges of full-scale implementation have yet to be placed on the health policy agendas and the necessary research priorities and methodologies for these strategies are still in their infancy. This type of research is complex because it involves working with various levels of the health system as well as communities, and requires the development of new systems and information for monitoring implementation (e.g. cost data). Nevertheless this type of research, though costly, needs to be undertaken in order to realize the potential of promotion and prevention.

There are many heart health interventions being implemented in the world from which much can be learned (The Catalonia Declaration, 1996; Schooler et al, 1997; Grabowsky et al., 1997). At the international level, technical committees of WHO have developed and disseminated many landmark technical reports and guidelines on CVD prevention and control. However, the lessons learned, often from the investment of considerable resources, have not been adequately disseminated or applied.

In the face of this burgeoning global epidemic, there is an immediate requirement for bold, decisive action on the part of committed decision-makers. There is a clear need to place the prevention of CVD and the promotion of heart health as a pillar of the health system in developed and developing countries alike. Previous sections have illustrated that the formal health systems have neglected, for a variety of reasons, the prevention of chronic disease - and all countries, now or in the future, will suffer the consequences of that neglect. Globalization presents challenges and opportunities for CVD prevention. It is timely to act.

GOVERNANCE AND POLICY

The social, economic and political forces that drive the issues of CVD prevention call for a global policy response. Traditionally, health agendas have been within the purview of national governments and ministries of health. The widespread influence of globalization imposes constraints on the ability of governments to guide the social and health agendas. National governments, departments of health, health professionals, scientists, and their professional organizations need to be more proactive in responding to the challenges of globalization.

At an international level in particular, it is the WHO that can take an assertive role in advancing heart health. As CVD respects no national boundaries, the WHO can convene and facilitate this dialogue on a global scale and take it forward to action.

The Framework Convention on Tobacco Control, already discussed, is an example of international collaboration and a mechanism to strengthen the national capacity to achieve their health objectives. The fact that the Convention will result in binding agreements and a treaty for tobacco control holds the promise for a development of global health policy in other areas, such as nutrition. Successful implementation of the Convention will require supportive infrastructure and consideration of new models of global governance to manage health agendas (Jamison DT et al., 1998).

Recommendation:
That the WHO continue to strengthen the capacity for heart health promotion in all WHO Regions and Member States.

Other international social and economic development agencies such as the World Bank and the International Monetary Fund, international NGOs, as well as the private sector, have expertise and resources and should play a significant role in adding health to their development agenda and supporting global action in areas such as equity in health and human development.

Recommendation:
That departments of health and members of civil society make governments aware that the determinants of health agenda is an agenda for governments and all of their departments, not just an agenda of the health department.

There is an increasing role emerging for [illegible] government organizations (e.g. WHO), international NGOs and, more importantly, for coalitions that are horizontally linked and issue-driven (e.g. tobacco control, AIDS) as institutions for global governance.

At the global and regional levels of the WHO there are substantial opportunities to create forums and partnerships of senior representatives of Member States and donors with an understanding, commitment and willingness to act globally. In addition to the policy and political networks, there is a need for technical networks to exchange experiences and build capacity in CVD and NCD prevention. At present two important WHO Regional networks are the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Program (CINDI) in the European Region and the Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) in the Region of the Americas. These two networks are already operating as mechanisms for exchanging best practices, and building skills in [illegible] policy and practice. Clearly, these networks that are developing policy, evidence and tools for prevention may be extended to other regions and be linked to stimulate global action and governance.

Recommendation:

That WHO and Member States establish regional networks to implement and disseminate integrated approaches for NCD prevention building on the experience and knowledge from the WHO Country-wide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Program (CINDI) in the European Region and the Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) programs.

There are many examples of coalitions and partnerships that have been set up as instruments for planning and program development in NCD and CVD prevention (The Catalonia Declaration, 1996). There have been successes and positive aspects to these partnerships, but they fall short of realizing their true potential (Kreuter, 2000). However, the difficulty of creating and successfully managing partnerships and coalitions should not be underestimated. Learning from experiences in coalition building is a worthwhile investment of effort, as partnerships and coalitions are important mechanisms for governance at various levels to deal with the broad array of stakeholders, and challenges created by health reform and decentralization.

Health professionals and groups and organizations interested in heart health should make special efforts to expand the partnerships beyond the health care sector and include those representatives from the broader social and economic development arenas. It is important to forge strong networks and coalitions that become more than vehicles for the exchange of scientific and program information.

These coalitions need to generate a practical task-oriented "corporate" agenda that results in "political" type action consisting of public releases of information, public responses to critical issues, lobbying, advocacy and the cultivation of relationships, alliances and partnerships with influential individuals, politicians and others who have the opportunity to influence public policy.

Recommendation:

That Ministers of Health, voluntary agencies, and professional organizations concerned with heart health expand partnerships and coalitions to include partners from other sectors who are able to influence social, economic and political factors that impact heart health.

A POLITICAL ECONOMY PERSPECTIVE FOR POLICY DEVELOPMENT IN HEART HEALTH

Heart health constituencies have much to learn from a political economy analysis and follow through in global tobacco control experience. Many countries have successful components of tobacco control strategies. The international tobacco control experience demonstrates that an emphasis on legislation, policies and the creation of population awareness is not only an effective strategy, but also inexpensive in terms of financial and human resources, as compared with behavioural change programming targeted to individuals or to small groups.

That the successful experience in tobacco control in certain countries has not been applied on a global scale is a political economy question. Tobacco continues to be a prosperous growth industry worldwide with increasing smoking rates in most low and middle income countries and increasing smoking rates among youth. There is a need for research and for case studies that use a political economy framework to analyze the forces - major actors, agencies and policies - that impact, both positively and negatively on tobacco control. Successful approaches used in tobacco control can be applied to environmental aspects and determinants of other CVD factors such as nutrition and unhealthy diets, sedentary lifestyles, obesity, hypertension and diabetes.

The outcomes from these studies should serve to inform policy and policy makers to develop practical strategies for heart health. The capacity and the political opportunity to carry out and follow through on these types of studies will vary considerably among countries. International health and social development agencies have an opportunity to advocate for and support these studies and research, particularly in the developing world.

Recommendation:

That WHO, ministries of health, social and economic development agencies and international NGOs promote and fund studies to examine the political economy of heart health and the implication for prevention action.

TOWARDS A BALANCED AND INTEGRATED HEALTH SYSTEM

For heart health strategies to be sustainable and continually improved they need to be grounded in a balanced and integrated health system and research infrastructure which values prevention to the same degree that it values care and rehabilitation. Heart health programs that are not integrated into the formal health system are not likely to be sustainable. A balanced and integrated health system based on primary health care should respond to the populations' needs in a continuum that spans health promotion, disease prevention, and health care services (Primary Health Care 21 "Everybody's Business", 2000). Governments need to fund an integrated and balanced health system to a level suitable to their economic and developmental circumstances.

For developing countries, preventive strategies are the only realistic option to stem the tide of NCD in their populations. There is an urgent requirement to recognize and acknowledge CVD prevention as a part of the primary health care package. It is necessary to broaden the historical focus of primary health care that has been communicable disease, and perinatal and reproductive health. This focus has been institutionalized in the policies of many international organizations that provide funds and support to developing countries.

In principle, the development of this comprehensive primary health care approach ought to be fully implemented prior to the establishment of a heavily resourced, very costly, high tech system of care and rehabilitation (World Development Report, 1993).

Recommendation:

That governments fund balanced, integrated health systems that provide sufficient programmatic and research resources for health promotion and disease prevention interventions that have an impact on the health status of their populations

Recommendation:

That WHO, ministries of health, social and economic development agencies, international NGOs, health professionals and scientists assist developing countries in the development of capacity for the implementation of heart health interventions and in conducting research on the political economy of NCD

Recommendation:

That governments, national and international research granting agencies, and NGOs that fund research commit to a more balanced research agenda by increasing funds allocated to research in dissemination and deployment of heart health policies and interventions.

POLITICAL ACTION AND ADVOCACY

The political economy framework posits a direct and strong causal link between economic forces such as the tobacco and other industries and CVD. These industries use their considerable economic power to lobby and influence legislation that promotes use of their product. Health professionals and scientists are preoccupied with their task of health care and scientific research. They assume that good professional practices and a search for truth in science will suffice to overcome barriers to cardiovascular health. These professionals are untrained in advocacy and marketing skills and are naïve in understanding "realpolitik". They are however a potential counterforce to the ill-health industries' pressures, but only if mobilized for political action.

Such political action must rest primarily on public education and advocacy designed to inform the public on both the science behind good health and the realities of the disinformation campaigns launched by commercial forces. Thus, each scientist and health professional, and the leadership of their professional organizations have a clear and compelling obligation to engage in innovative and persistent campaigns of public information, advocacy and lobbying. This will require: conviction that these steps are vitally important; training in methods of social marketing; and commitment from each individual health professional and scientist to carry out these activities.

Recommendation:

That scientists, health professionals and others concerned with heart health lead or contribute to campaigns of public information, marketing the heart health agenda, advocacy and lobbying.

LEADERS AND CHAMPIONS

The movement towards the preferred vision of a balanced and integrated health system that values prevention is predicated first and foremost on the existence of system leadership within institutions charged with the management of health, as well as with committed individuals and advocates. When the society values prevention there will be a demand and pressures placed at the political level for an appropriate priority for prevention.

If scientists, health professionals and members of civil society are to play a role in political action and advocacy they need skills, not traditionally associated with training in the health professions. Such skills include: lobbying, advocacy, development of consensus and policy, institutional and inter-personal relationship building, and creation of partnerships with donors and organizations in the public, NGO and private sectors having a broad health and social development agenda.

Leaders need also to ensure that there is a process in place to develop the capacity for leadership in others and in other sectors, through mentoring, skill and knowledge development and advocacy. This development of "champions" should not be seen as a haphazard process, but rather as a systematic effort with dedicated resources.

Recommendation:

That schools for health professionals and continuing health professional education programs provide training in methods for community organizing, social marketing, and advocacy.

Systems leadership requires decision-makers at various levels to act as a convener and facilitator. The formal health system needs to welcome to the discussion table, representation from public health, primary care, clinicians, researchers, NGOs, other departments and levels of government, and the private sector. At the international level the World Health Organization is a natural lead agency for CVD prevention.

The small size of the heart health community makes political action on an individual basis a challenge. This community must forge strong national and international networks and coalitions. These networks and coalitions should be in a position to develop the appropriate capacities to undertake political action.

In summary, leadership at decision-making levels, is critical for "without such leadership, neither an infrastructure nor the will to use it will be possible and, without this capacity, the cardiovascular epidemic will continue unabated" (The Singapore Declaration, 1998).

Recommendation:

That international health and social development agencies, NGOs and governments resource training programs to develop political leadership in disease prevention and health promotion, with a focus on heart health.

RESOURCE MOBILIZATION

The heart health community must advocate, not only for adequate resourcing of prevention strategies, but also for innovative strategies for financing. Most programs in health promotion and NCD prevention have limited time horizons and cease at the conclusion of a demonstration phase. Policy-makers must be sensitized to the necessity of long term investment in promotion and prevention and accept that adequate funding implies resources sufficient to deliver the "preventive dose", i.e., a sustained, proven program with a reach and intensity adequate enough to make an observable impact on health outcomes.

Creative financing strategies may include the adoption of dedicated taxation, that is, taxing the behaviour (tobacco) in order to direct dedicated funding towards prevention and cessation programs. This example has been demonstrated as effective in the States of California (Pierce et al., 1994; Fichtenberg and Glantz, 2000; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2000) and Florida (Sly et al., 2001). Other possible models would include the delivery of health promotion strategies and programs by the private sector, although funding may remain the primary responsibility of the public sector. International health, social and economic development agencies have a key role to play in providing funds and/or convening donors, and establishing systems of accountability for utilization of resources.

Recommendation:

That departments of health, NGOs and professional organizations develop plans based on the best available evidence to make the case at the political level for heart health resources.

Recommendation:

That international health, social and economic development agencies support the implementation of heart health in developing countries by providing funds, convening donors, and establishing systems of accountability for utilization of resources.

ASSESSING THE PROGRESS: THE REPORT CARD

It is important that Heart Health and CVD prevention programs be built on an evidence base. Many of the community Heart Health programs (Finland, U.S.A.) have researched and validated proven prevention approaches (Puska P. et al., 1995; Farquhar et al., 1990; Schooler et al., 1997). There is an extensive literature that can guide programming directions in countries that undertake CVD prevention (The Catalonia Declaration, 1996; Grabowsky et al., 1997). The G7-G8 Global Database on Best Practices website provides additional support (www.med.mun.ca/g8hearthealth).

The heart health constituency can advocate for the development of a scorecard that can be used to assess the performance of national health systems, on their progress on CVD prevention. This would require agreement on a variety of outcome and process indicators that would span health promotion, disease prevention, health system utilization, and population health outcomes. The creation of a Global Observatory for CVD prevention and control, as recommended by The Singapore Declaration (1998), can be a vehicle for the development of instrumentation and systems, gathering and analysis of information and for the preparation of periodic report cards. This system will create awareness of the need for preventive action at the political, professional and citizen level and serve as a platform for implementation research.

Recommendation:
***That health professionals and scientists use** CVD **surveillance data to make policy makers, heart health stakeholders, practitioners and the public aware of the burden of** CVD.*

Recommendation:
That the** WHO, **Member States and the World Bank establish, fund and sustain a Global Observatory for Heart Health to monitor trends in** CVDs **and their determinants, indicators of policy development, capacity building and impact on health outcomes.

Recommendation:
That a report card be developed and issued on the performance of health systems with respect to** CVD **prevention on behalf of the** WHO, **Member States and the World Bank.

1. That the WHO continue to strengthen the capacity for heart health promotion in all WHO Regions and Member States.
2. That departments of health and members of civil society make governments aware that the determinants of health agenda is an agenda for governments and all of their departments, not just an agenda of the health department.
3. That WHO and Member States establish regional networks to implement and disseminate integrated approaches for NCD prevention building on the experience and knowledge from the WHO Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Program (CINDI) in the European Region and the Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) programs.
4. That Ministers of Health, voluntary agencies, and professional organizations concerned with heart health expand partnerships and coalitions to include partners from other sectors who are able to influence social, economic and political factors that impact heart health.
5. That WHO, ministries of health, social and economic development agencies and international NGOs promote and fund studies to examine the political economy of heart health and the implication for prevention action.
6. That governments fund balanced, integrated health systems that provide sufficient resources for health promotion and disease prevention interventions that have an impact on the health status of their populations.
7. That WHO, ministries of health, social and economic development agencies, international NGOs, health professionals and scientists assist developing countries in the development of capacity for the implementation of heart health interventions and in conducting research on the political economy of NCD.

8. That governments, national and international research granting agencies, and NGOs that fund research commit to a more balanced research agenda by increasing funds allocated to research in dissemination and deployment of heart health policies and interventions.

9. That scientists, health professionals and others concerned with heart health lead or contribute to campaigns of public information, marketing the heart health agenda, advocacy and lobbying.

10. That schools for health professionals and continuing health professional education programs provide training in methods for community organizing, social marketing, and advocacy.

11. That international health and social development agencies, NGOs and governments resource training programs to develop political leadership in disease prevention and health promotion, with a focus on heart health.

12. That departments of health, NGOs and professional organizations develop plans based on the best available evidence to make the case at the political level for heart health resources.

13. That international health, social and economic development agencies support the implementation of heart health in developing countries by providing funds, convening donors, and establishing systems of accountability for utilization of resources.

14. That health professionals and scientists use CVD surveillance data to make policy makers, heart health stakeholders, practitioners and the public aware of the burden of CVD.

15. That the WHO, Member States and the World Bank establish, fund and sustain a Global Observatory for Heart Health to monitor trends in CVDs and their determinants, indicators of policy development, capacity building and impact on health outcomes.

16. That a report card be developed and issued on the performance of health systems with respect to CVD prevention on behalf of the WHO, Member States and the World Bank.

American Heart Association. (1999). 2000 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, TX: American Heart Association.

Beaglehole R, Bonita R. (1997). Public health at the crossroads: Achievements and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bobadilla JL, Cosgrio CA, Mitchell F, (Eds.) (1997). Premature death in the new Independent States. Washington, D.C. National Academy Press.

Brown MS, Goldstein JL. (1996). Heart Attacks: Gone with the Century. Editorial. Science, May 3; 272: 629-0.

Chenet L, McKee M, Filipp N, et al. (1996). Changing life expectancy in central Europe: Is there a single reason? J Public Health Med.18: 329-336.

Cooper, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease in the United States. Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. Circulation; 102: 3137-3147.

Dowse GK, Gareeboo W, Alberti KG, et al. (1995). Changes in population cholesterol concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. Brit Med J. 1995; 311: 125-1259.

Epstein FH. (1989). The relationship of lifestyle to international trends in CHD. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S203-S209.

Equity in health – The second step towards National Health targets. (1999). Stockholm, National Public Health Commission, (SOU 1999:137).

European Cardiovascular Disease Statistics. (2000). London: British Heart Foundation, p. 60.

European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. (1997) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CV, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. (1990). Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. JAMA, 264:359-365.

Farquhar JW. (1996). The case for dissemination research in health promotion and disease prevention. Can J of Public Health, 87:S44-S49.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2000). Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med, 343:1772-7.

Global Forum for Health Research. (2000). The 10/90 Report on health research 2000: World Health Organization, Geneva, Switzerland.

"Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". (1999). Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.

[illegible] Pankow JS, Shahar E, et al. (1996). [illegible] in acute myocardial infarction: [illegible]bidity, medical care, and risk [illegible]. The Minnesota Heart Survey investigators. [illegible] Med, 334: 884-90.

Grabowsky TA, [illegible] Sunnarborg KR, Bales VS (Eds). (1997). [illegible] efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration 6 selected program descriptions. Atlanta (Georgia): Center for Disease Control and Prevention, USDHHS.

Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR (Eds.). (1998). Control of cardiovascular disease in developing countries. Research, development, and institutional strengthening. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jamison DT, Frenk J, Knaul F. (1998). International collective action in health: Objectives, functions, and rationale. Lancet, 351(9101): 514-17.

Kreuter MW, Lezin NA, Young LA. (2000). Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. Health Promotion Practice, 1: 49-65.

[illegible] Prevention of cardiovascular risk [illegible] first place. (1999). Preventive [illegible] 572-S79.

[illegible] [illegible]chork NJ. Genetic dissection of [illegible]. (1994). Science, 265:2037-48.

[illegible] [illegible]e new genomics: global views [illegible]96). Science, 274:536-39.

Mortality and Mortality Weekly Report. (2000). [illegible] [illegible]ng cancer rates - California, 1988 – 1997. MMWR, 49:1066-1070.

Morgan S, Barer M, Evans R, (2000). Health economists meet the fourth temper: Drug dependency and scientific discourse. Health Economics. 9:(8);659-667. Guest editorial.

Murray CJL, Lopez AD. (1996). The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press.

Murray CJL, Lopez AD. (1997). Alternate projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349: 1498-1504.

National Cholesterol Education Program. (1985). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

National High Blood Pressure Detection and Education Program. (1980). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. JAMA, 279: 793-800.

Olshansky SJ, Ault AB. (1986). The fourth stage of the epidemiology transition: The age of delayed degenerative diseases. Millbank Memorial Fund Quarterly, 64: 355-391.

Omram AR. (1971). The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. Millbank Memorial Fund Quarterly, 49: 509-538.

Pearson TA. (1989). Influences on CHD incidence and case fatality: Medical management of risk factors. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S217-S222.

Pearson TA, Jamison DT, Trejo-Gutierrez J. (1993). Cardiovascular disease. In disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press, 577-594.

Pierce JP, Evans N, Farkas AJ, et al. (1994). Tobacco use in California: An evaluation of the tobacco control program 1989-1993. La Joola (California): Univeristy of California, San Diego.

Primary Health Care 21 "Everybody's Business". (2000). An International Meeting To Celebrate 20 Years after Alma-Ata. Jointly organized by WHO Headquarters, Geneva, and the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. World Health Organization.

Puska P. et al., Ed. (1995). The North Karelia Project: 20 Years of Results and Experiences. Helsinki, National Public Health Institute.

Reddy KS, Yusuf S. (1998). The emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation, 97: 596-601.

Rockhill B. (2001). The privatization of risk. Amer J Public Health, 91: 365-368.

Schooler C, Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. (1997). Synthesis of findings and issues from community prevention trials. Ann Epidemiol, S7: S54-S68.

Schwartz P. (1996). The Art of the Long View. Planning for the Future in an Uncertain World. Business Development Network. New York, USA.

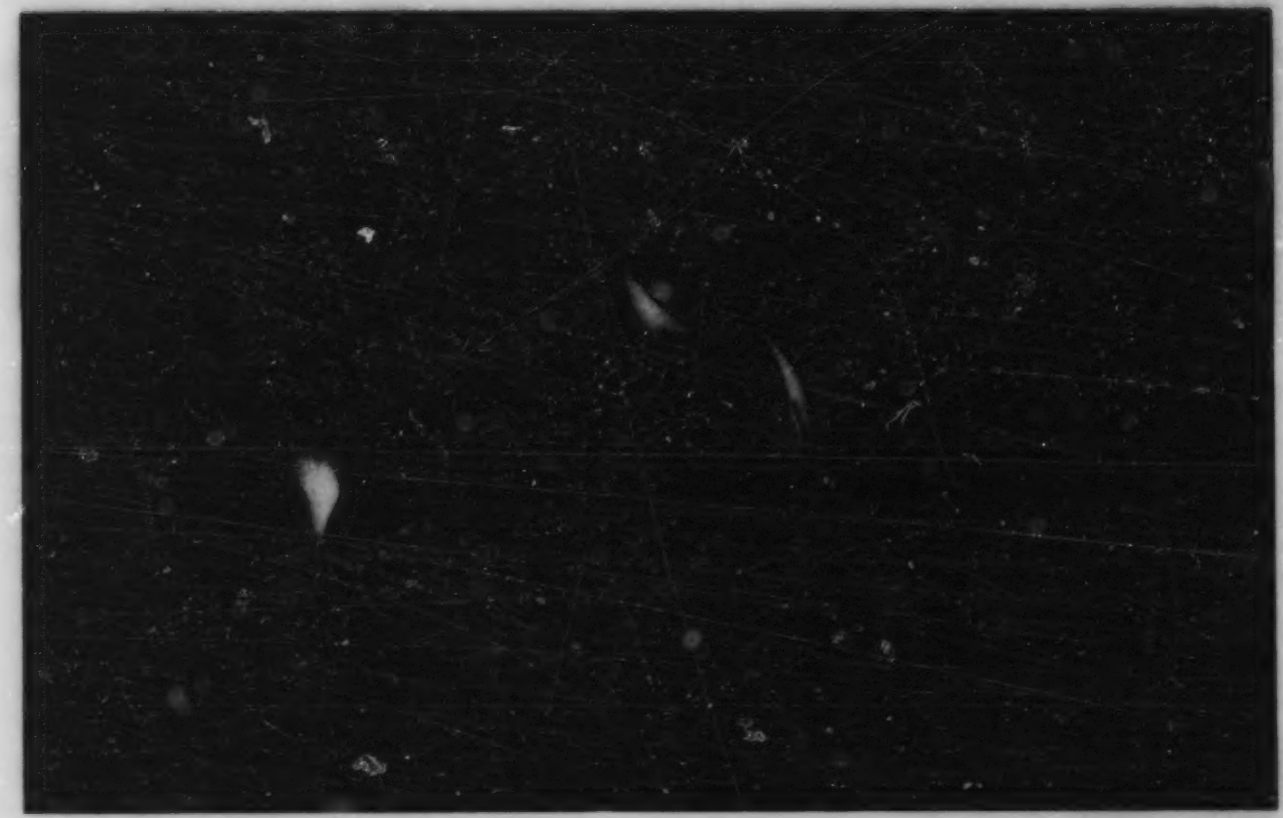
Schwartz S, Susser E, Susser M. (1999). A future for epidemiology? Annu Rev Public Health, 20: 15-33.

Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "truth" campaign. Am J Public Health, 91(2): 233-238.

Strasser T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. Interdisc Sci Rev 3:225-230.

The Catalonia Declaration, Investing in heart health. (1996). Autonomous Government of Catalonia, Barcelona.

The Singapore Declaration, Forging the will for heart health in the next millennium. (1998). Singapore National Heart Association.



The Victoria Declaration on Heart Health. (1992). Health and Welfare Canada, Ottawa, Canada.

Thom TJ. (1989). International mortality from heart disease: Rates and trends. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S20-S28.

Whelton PK, Brancoti FC, Appel LJ, Klag MJ. (1995). The challenge of hypertension and atherosclerotic cardiovascular disease in economically developing countries. High Blood Pressure, 4: 36-45.

World Development Report (1993). Investing in health. Oxford University Press.

World Health Organization (1996). Proceedings of the WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe, p 4.

World Health Organization. (1999). Health21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Report. (1997). Conquering suffering, enriching humanity. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

World Heart Federation. (1999). Impending global pandemic of cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Wyplosz C. (1999). International Financial Instability, in "Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.

Zatonski WA, McMichael J, Powles J. (1998). Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischemic heart disease in Poland since 1991. BMJ, 316: 1047-1051.

DÉCLARATION D'OSAKA

UNE INTERVENTION MONDIALE VALABLE, ÉQUITABLE ET POSSIBLE : LE DÉFI DE LA LUTTE DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, OSAKA (JAPON), MAI 2004

Santé Canada Health Canada

CDC

WORLD HEART FEDERATION

ISBN H39-600/2002F0-662-86675-4

DÉCLARATION D'OSAKA

UNE INTERVENTION AU NIVEAU SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE : ENDIGUER LA LAME DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, OSAKA (JAPON) ~ MAI 2001

...3
...4
...5 - 6
...7
...8
PRÉFACE ...9 - 10

CHAPITRE 1 ~ LA LAME DE FOND ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES :
... CROISSANTE DES MESURES DE SANTÉ ...11 - 16
...11
...14

CHAPITRE 2 ~ ... SOCIALES ET ÉCO...
EXERÇANT UNE ... SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ... MONDIALE ...17 - 26
...17
...21
...22
...23
...24
...25

CHAPITRE 3 ~ LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ...27 - 30
Les obstacles systémiques ...27
La priorité insuffisante accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies cardiovasculaires ...27
L'absence de politiques visant les déterminants généraux de la santé ...28

Manque de capacité institutionnelle de promotion et de prévention dans la gouvernance et l'administration des systèmes de santé 29
Manque de financement durable pour la santé cardiovasculaire 29
Le fossé existant entre les connaissances et la pratique 30

CHAPITRE 4 : CONSÉQUENCES POUR LA PRISE DE MESURES ..... 31 - 36
Gouvernance politique 31
Une perspective d'économie politique pour l'élaboration de stratégies en santé cardiovasculaire 33
Vers un système de santé équilibré et intégré 33
Action politique et mobilisation des individus 34
Chefs de file et porte-parole 34
La mobilisation des ressources 35
L'évaluation des progrès et la mise de rapport 36
Recommandations ..... 37 - 38
..... 39 - 42

LISTE DES FIGURES

...coronoropathies, les accidents vasculaires ...toutes les causes dans certains pays 13
...lation standard de 2000) pour les principales maladies cardiovasculaires aux États-Unis de 1900 à 1997 16
FIGURE 3 : Pourcentage de l'énergie alimentaire totale provenant des graisses dans certains pays de 1972 à 1997 19

LISTE DES TABLEAUX
TABLEAU 1 : Les dix principales causes de décès en 1990 12
TABLEAU 2 : Décès causés par une maladie cardiovasculaire à quatre différents stades de la transition épidémiologique 12
TABLEAU 3 : Comparaison des approches individuelles et communautaires pour la prévention des maladies cardiovasculaires 22

« Il s'est éteint,
mais sa flamme brûle toujours,
comblant le vide
par la lumière de son leadership

Ce présent qu'il nous a fait,
En ouvrant la voie,
Empreint d'humilité,
Mais aussi de grâce, de sagesse et de douceur.

Nous comblons cet espace vide
Inspirés par notre mission
Avec tout ce qu'il nous a donné.
Nous n'oublierons jamais, nous garderons toujours en mémoire
Andrés, notre plus cher ami, estimé collègue, loin d'ici mais pas absent. »

Le présent document est dédié à Andrés Petrasovits, décédé le 24 juillet 2001. Dans ces pages se retrouve la sagesse de cet être si extraordinaire. Il était l'inspiration, la conscience, l'énergie, le leader tranquille, le père d'un mouvement international en faveur de la santé cardio-vasculaire. Il n'aurait jamais accepté de recevoir de telles louanges de son vivant, mais nous ne faisons que dire la vérité. Notre dette envers lui est considérable. Pour lui rendre hommage, nous ferons en sorte que sa vision devienne réalité.

AVANT-PROPOS

La 4e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire (CISC) s'inscrit dans le processus qui s'est enclenché avec la tenue de la 1ière CISC à Victoria (Canada) en juin 1992, à l'issue de laquelle avait été publiée la Déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire. Ce document unique décrivait le fardeau planétaire que représentent les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, et exprimait pour la première fois un consensus scientifique international quant au fait que les maladies cardiovasculaires sont évitables et qu'on en sait suffisamment pour prendre des mesures exhaustives à leur égard.

La 2e CISC s'est tenue à Barcelone en 1995 et a permis de réunir à nouveau l'ensemble de la communauté mondiale des maladies cardiovasculaires. À l'issue de cette rencontre a été produite la Déclaration de la Catalogne, qui expliquait, avec à l'appui des exemples assez détaillés, comment les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux pouvaient être évités et pris en charge. La publication de cette déclaration a été rapidement suivie par celle d'un document d'accompagnement produit par les Centers for Disease Control d'Atlanta (États-Unis) qui y faisaient part de leur expérience à l'échelle mondiale à cet égard.

En 1998, c'est Singapour qui a accueilli la 3e CISC. À l'issue de cette réunion a été publiée la Déclaration de Singapour, dont le titre était *Forging the Will for Heart Health*. Dans ce document, le Comité consultatif international cernait la nature et la portée des ressources qu'il faudra déployer si l'on veut que les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne soient plus que des mauvais souvenirs du XXe siècle. Cette déclaration soulignait la nécessité d'un leadership à tous les paliers de la société, et en particulier d'une volonté politique de prendre les mesures requises pour atteindre cet objectif ambitieux. En mai 2000, à l'issue de la Conférence internationale sur les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux a été publiée la Déclaration de Victoria sur les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Dans ce document, on indiquait que les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux sont une des premières causes de décès et d'invalidité chez les femmes du monde entier et on présentait les aspects de la question intéressant les femmes.

À l'évidence, il y a beaucoup à faire si l'on veut concrétiser la vision et les buts formulés dans les déclarations antérieures sur la santé cardiovasculaire. La Déclaration d'Osaka vise à faciliter ce processus en passant en revue les facteurs trouvant leur origine à l'extérieur du secteur de la santé qui contribuent à la stagnation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le monde. Ces facteurs contribuent à façonner les politiques, les environnements, les comportements et les priorités des systèmes de santé sur lesquels reposent l'élaboration et la mise en œuvre ou non de politiques de promotion et de prévention en santé cardiovasculaire à tous les niveaux. Nous espérons que le présent document aidera les décideurs à influer sur les stratégies favorisant la santé par un renforcement de la capacité des systèmes de santé à offrir des services de prévention et par l'établissement de liens judicieux avec les intervenants des milieux social, économique et politique.

David R. MacLean, M.D.
Président, Comité consultatif
Quatrième conférence internationale
sur la santé cardiovasculaire

Kazunori Kodama, M.D. et Thomas A. Pearson, M.D.
Vice-présidents, Comité consultatif
Quatrième conférence internationale
sur la santé cardiovasculaire

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF INTERNAT

PRÉSIDENT :

Dr David R. MacLean
Canada

VICE-PRÉSIDENTS :

Dr Kazunori Kodama
Japon

Dr Thomas A. Pearson
États-Unis

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Mme Virginia Shankle Bales
États-Unis

Dr John W. Farquhar
États-Unis

Dr Darwin Labarthe
États-Unis

Dr Lip-Ping Low
Singapour

Dr Brian O'Connor
Canada

Dr Helios Pardell
Espagne

Dr Andrés Petrasovits
Canada

Dr Pekka Puska
Suisse

Dre Sylvie Stachenko
Danemark

MEMBRES :

Dr Ala Alwan
Suisse

Dr John Catford
Australie

Dre Beatrix Champagne
États-Unis

Dr Arun Chockalingam
Canada

Dr Domenico Cianflone
Italie

Dre Ruth L. Collins-Nakai
Canada

Dr Fernando de Padua
Portugal

Dr John Elder
États-Unis

Dr Shanta C. Emmanuel
Singapour

Dre María Cristina Escobar
Chili

Dr Bartolome Finizola
Venezuela

Dr Hassen Ghannem
Tunisie

Dr Igor S. Glasunov
Russie

Dr Vilius Grabauskas
Lituanie

Dr Lawrence W. Green
États-Unis

Dr E. Greiser
Allemagne

Dr Dean T. Jamison
États-Unis

Dr Lumir Komarek
République Tchèque

Dr Jeffrey P. Koplan
États-Unis

Dr Thomas Lasater
États-Unis

Dr Richard Lestard
Canada

Dre Judith Mackay
Hong Kong

Dre Sania Nishtar
Pakistan

Dr Rafael G. Ognov
Russie

Dr Teruo Omae
Japon

Dr Armando Peruga
États-Unis

Dre Elaine Stone
États-Unis

Dr Gregory Taylor
Canada

Dr Richard Tressera
Espagne

Dr Kazuo Ueda
Japon

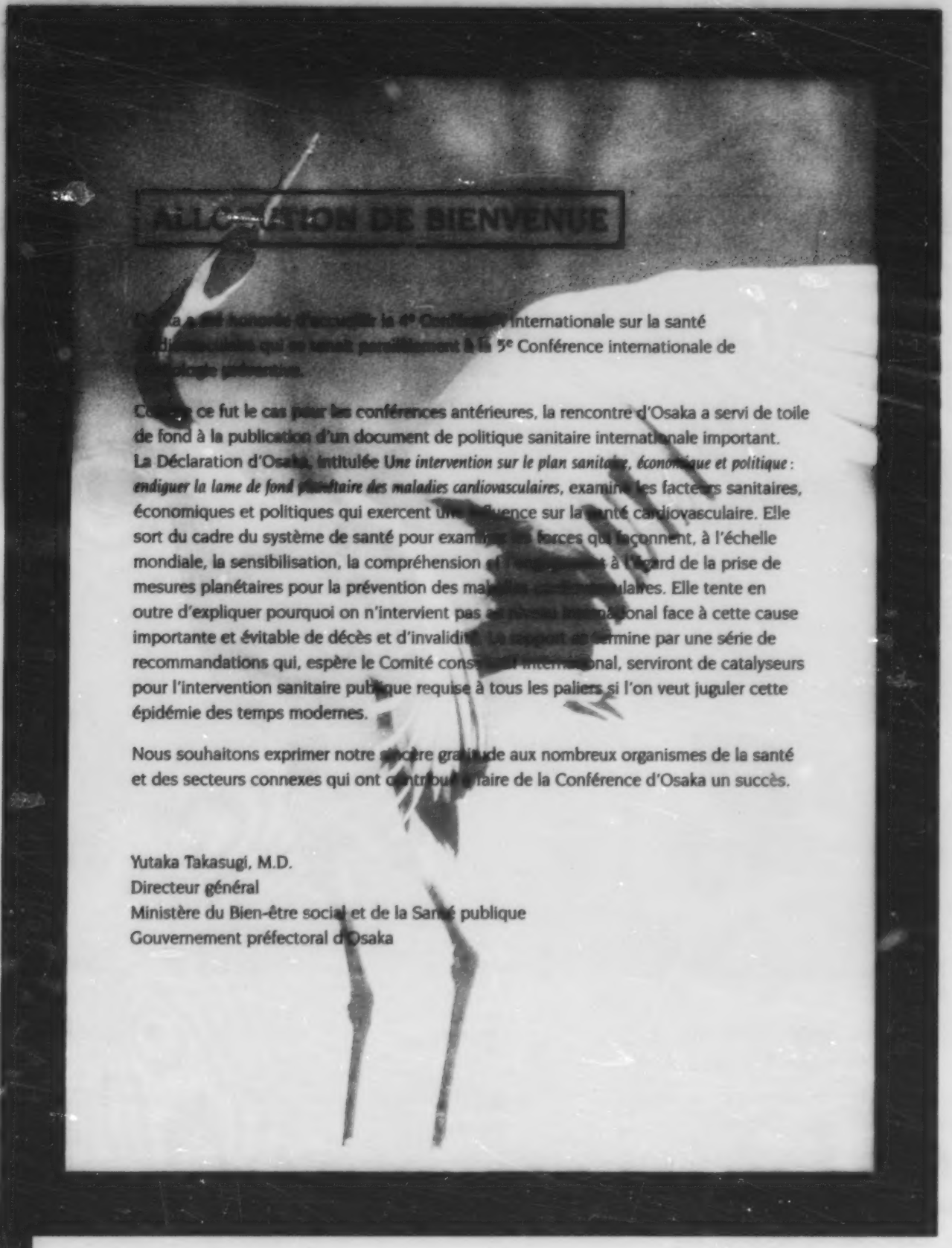
Dr Hisatsugu Yoshioka
Japon

Dr Elinor Wilson
Canada

Dr Yuko Yoshida
Japon

Dr Hiroshi Yanagawa
Japon

Dr Lars Weinehall
Suède



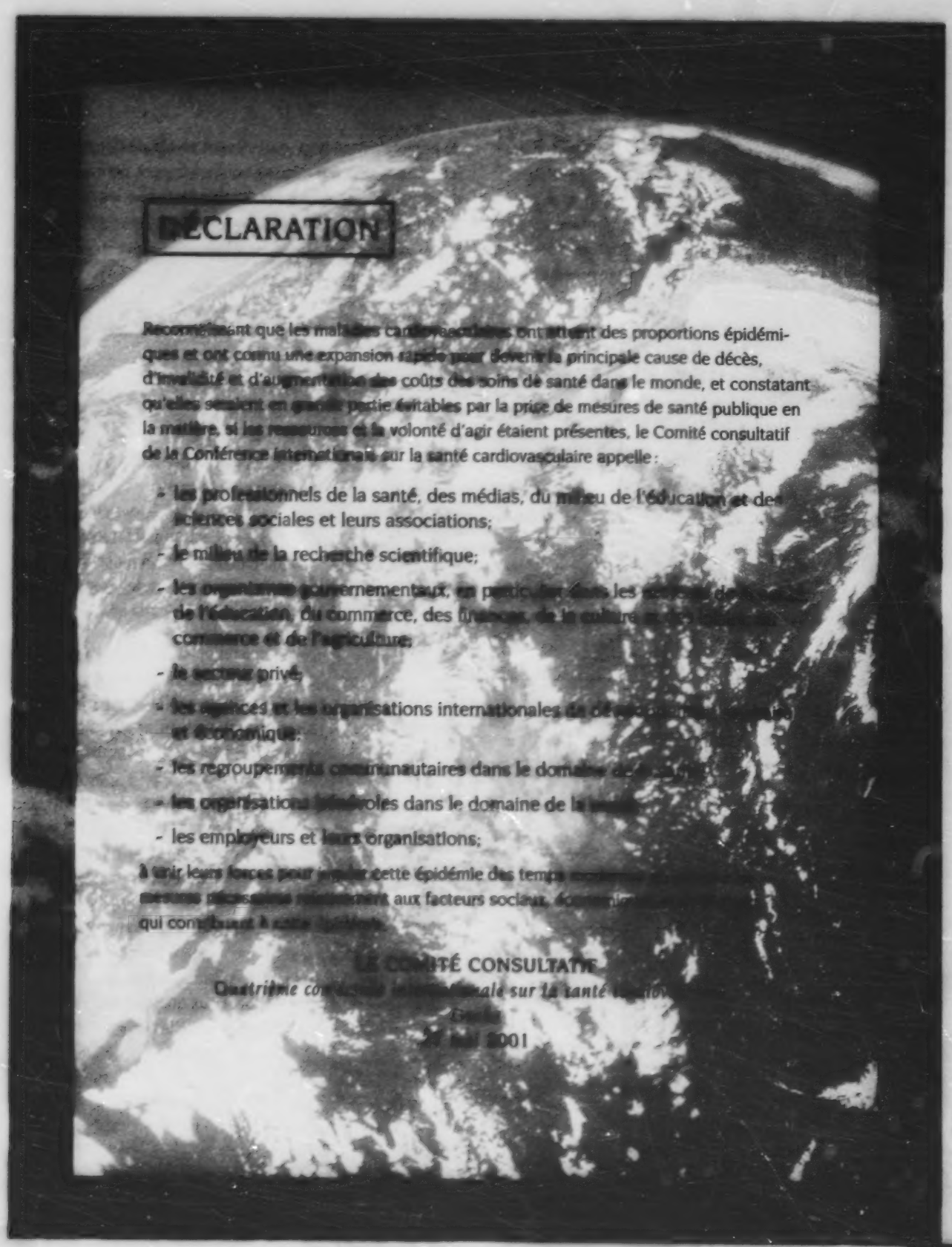
ALLOCUTION DE BIENVENUE

Osaka a été honorée d'accueillir la 4e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire qui se tenait parallèlement à la 5e Conférence internationale de [illegible] prévention.

Comme ce fut le cas pour les conférences antérieures, la rencontre d'Osaka a servi de toile de fond à la publication d'un document de politique sanitaire internationale important. La Déclaration d'Osaka, intitulée *Une intervention sur le plan sanitaire, économique et politique : endiguer la lame de fond planétaire des maladies cardiovasculaires*, examine les facteurs sanitaires, économiques et politiques qui exercent une influence sur la santé cardiovasculaire. Elle sort du cadre du système de santé pour examiner les forces qui façonnent, à l'échelle mondiale, la sensibilisation, la compréhension et l'engagement à l'égard de la prise de mesures planétaires pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Elle tente en outre d'expliquer pourquoi on n'intervient pas au niveau international face à cette cause importante et évitable de décès et d'invalidité. Le rapport se termine par une série de recommandations qui, espère le Comité consultatif international, serviront de catalyseurs pour l'intervention sanitaire publique requise à tous les paliers si l'on veut juguler cette épidémie des temps modernes.

Nous souhaitons exprimer notre sincère gratitude aux nombreux organismes de la santé et des secteurs connexes qui ont contribué à faire de la Conférence d'Osaka un succès.

Yutaka Takasugi, M.D.
Directeur général
Ministère du Bien-être social et de la Santé publique
Gouvernement préfectoral d'Osaka



DÉCLARATION

Reconnaissant que les maladies cardiovasculaires ont atteint des proportions épidémiques et ont connu une expansion rapide pour devenir la principale cause de décès, d'invalidité et d'augmentation des coûts des soins de santé dans le monde, et constatant qu'elles seraient en grande partie évitables par la prise de mesures de santé publique en la matière, si les ressources et la volonté d'agir étaient présentes, le Comité consultatif de la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire appelle :

- les professionnels de la santé, des médias, du milieu de l'éducation et des sciences sociales et leurs associations;
- le milieu de la recherche scientifique;
- les organismes gouvernementaux, en particulier dans les secteurs de la santé, de l'éducation, du commerce, des finances, de la culture et [illegible] commerce et de l'agriculture;
- le secteur privé;
- les agences et les organisations internationales de développement [illegible] et économique;
- les regroupements communautaires dans le domaine de la [illegible]
- les organisations bénévoles dans le domaine de la [illegible]
- les employeurs et leurs organisations;

à unir leurs forces pour enrayer cette épidémie des temps modernes [illegible] mesures nécessaires relativement aux facteurs sociaux, économiques [illegible] qui contribuent à cette épidémie.

LE COMITÉ CONSULTATIF

Quatrième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire

Osaka

27 mai 2001

PRÉFACE

Nous sommes en 2001. Imaginez que l'on vient de signaler cinq cas de poliomyélite dans une ville nord-américaine de trois millions d'habitants. La réaction est prompte; les ressources cliniques sont mobilisées pour traiter les cas et des cliniques de vaccination d'urgence sont mises sur pied par le réseau de santé publique. Les gouvernements régionaux et nationaux offrent immédiatement une aide additionnelle. Cette éclosion de poliomyélite fait la «une» dans tous les médias. Le public est alarmé et paniqué et espère que la réponse du système sanitaire sera appropriée et suffisante pour juguler l'épidémie. La poliomyélite est évitable; en théorie, on ne devrait pas contracter cette maladie.

Dans la même ville, le même jour, plus de 100 000 individus souffriront d'une cardiopathie ou des séquelles d'un accident vasculaire cérébral; environ deux millions d'individus présenteront des facteurs de risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral et, au cours de l'année, 30 000 décès seront imputables aux maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires sont évitables; en principe, on ne devrait pas souffrir de maladies cardiovasculaires.

La perception et la réaction de la population, des professionnels de la santé et des gouvernements sont diamétralement opposées dans ces deux scénarios : complaisance et sentiment d'inévitabilité et d'acceptabilité à l'égard des maladies cardiovasculaires, alors que tout cas de poliomyélite dans une collectivité est jugé inacceptable.

La Déclaration d'Osaka est un appel à l'action relativement aux facteurs dont le mécanisme d'action déborde le cadre du paradigme médical, qui relèvent plutôt de l'ordre politique, social et économique et qui expliquent pourquoi la poliomyélite est jugée inacceptable alors que les maladies cardiovasculaires ne le sont pas.

Les interventions visant les facteurs sociaux, politiques et économiques débordent le mandat des professionnels de la santé. De fait, ce sont les individus et les organismes responsables de ces vastes champs d'action qui peuvent prendre des mesures visant ces facteurs. La Déclaration plaide en faveur du rôle important que les professionnels de la santé et leurs organisations doivent jouer dans la défense des intérêts et l'action politique afin d'influencer la gouvernance du système de santé et de lever les obstacles systémiques à la santé.

> ***Ceux qui se préoccupent de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) sont en meilleure position pour apporter une contribution majeure au programme mondial en matière de santé, car nous disposons des connaissances scientifiques et des données probantes, des outils, des plates-formes et des réseaux qui pourraient être mis à l'échelle pour améliorer la santé de manière appréciable.***

La Déclaration d'Osaka, quatrième de la série, s'inscrit dans le processus de réflexion qui a débuté à Victoria, au Canada, en 1992. Nous disposons à présent de connaissances suffisantes pour prévenir les maladies cardiovasculaires et nous savons que la prévention sera rentable (Déclaration de la Catalogne, 1996). La Déclaration de Singapour (1998) examinait la capacité requise de la part des systèmes de santé et attirait l'attention sur la volonté politique qui doit accompagner cette capacité pour que les efforts portent fruit. La Déclaration d'Osaka va au-delà du système de santé et examine les forces planétaires qui déterminent la sensibilisation, la compréhension et l'engagement vis-à-vis d'une action à l'échelle mondiale pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Les enseignements tirés s'appliquent aux questions de promotion de la santé et de prévention des maladies en général.

Les déclarations antérieures faisaient référence à l'occasion qui s'offre à nous de mettre en œuvre des politiques et des stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires ainsi qu'à l'intérêt, aux effets positifs et aux conditions préalables de cette mise en œuvre. Tout en reconnaissant les progrès réalisés dans certains pays, le présent document tente d'expliquer l'inaction à l'échelle mondiale à l'égard de la cause la plus importante et la plus facilement évitable de décès et de morbidité.

À l'évidence, les possibilités de prévention doivent être définies sur la base de l'état de santé actuel et de l'infrastructure existante dans les différents pays et régions du monde. Ceux qui se préoccupent de prévention des MCV sont en excellente position pour apporter une contribution majeure au programme mondial en matière de santé, car nous disposons des connaissances scientifiques et des données probantes, des outils, des plates-formes et des réseaux qui pourraient être mis à l'échelle pour améliorer la santé de manière appréciable.

Dans la présente Déclaration, on incite les professionnels de la santé à envisager de contribuer aux programmes d'ordre politique, économique et social plus larges. Toutefois, la Déclaration ne s'adresse pas uniquement aux professionnels de la santé. De fait, par cette déclaration, le Comité consultatif souhaite sensibiliser à cette question les décideurs responsables des programmes politiques, sociaux et économiques et les engager à réaliser la contribution que peut avoir la prévention des MCV au développement durable en matière de santé.

CHAPITRE 1

LES GLOBALES DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

On affirme souvent que les maladies cardiovasculaires (devenues la première cause de décès au cours du XXe siècle. Un examen plus attentif des estimations mondiales de la mortalité selon la cause révèle que cette position s'est installée depuis au moins deux décennies. En 1990, d'après la *Global Burden of Disease Study* (Murray et Lopez, 1996), la cardiopathie ischémique était la principale cause de décès dans les pays industrialisés à économie de marché et dans les pays en développement (tableau 1). Les accidents vasculaires cérébraux arrivaient au deuxième rang dans ces pays et au troisième rang, dans les pays industrialisés. En 1990, on estimait que 14,4 millions de personnes mourraient d'une maladie cardiovasculaire, contre 9,3 millions pour les maladies infectieuses et parasitaires (Murray et Lopez, 1996). Ainsi, les MCV ont probablement déjà été la première cause de décès au monde pendant au moins les deux dernières décennies du XXe siècle. Murray et Lopez (1996) ont fait une prédiction plus précise : [traduction] « Selon toute vraisemblance, les maladies cardiovasculaires sont devenues la principale cause de décès dans les pays en développement dans les années 1990. »

Pour comprendre les tendances mondiales en matière de MCV, il est utile de classer en sous-catégories les différentes régions du monde selon les maladies qui y prédominent. Les maladies cardiovasculaires ont été citées comme exemples des affections caractéristiques de l'évolution de la prédominance des maladies infectieuses à celle des maladies chroniques, phénomène appelé transition épidémiologique. On pense que la transition épidémiologique se décompose en quatre phases, dont chacune est caractérisée par différents profils de maladies cardiovasculaires (tableau 2) (Omran, 1971; Olshansky et Ault, 1986; Reason et coll., 1993). Le premier stade, celui de la peste et de la famine, ne subsiste aujourd'hui que dans des poches de régions mal développées, souvent rurales, d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Le second stade est caractérisé par la présence généralisée du rhumatisme articulaire aigu ainsi que par une augmentation des maladies liées à l'hypertension, comme c'est le cas en Chine et dans les régions urbaines d'Afrique. Le stade des maladies dégénératives et imputables à l'humain est la « phase épidémique » des MCV, où la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux deviennent les principales causes de décès, notamment dans les groupes d'âge productifs sur les plans social et économique, c.-à-d. entre 45 et 65 ans. Ce stade s'est installé dans les régions urbaines d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine et persiste dans les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est. Le stade final de la transition épidémiologique était, selon les théories, celui où les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux demeuraient les principales causes de décès, mais seulement dans les tranches d'âge supérieures. On retrouve de telles tendances en Europe occidentale, en Amérique du Nord, au Japon et en Australie/Nouvelle-Zélande. Ces régions sont généralement caractérisées par un déclin des taux de mortalité imputable aux MCV depuis les années 1970 et 1980.

Ainsi, la planète est une mosaïque de pays et de régions à différents stades d'évolution de leur épidémie cardiovasculaire. Un examen récent des taux par pays, ajustés selon l'âge (selon la population standard européenne) met en lumière une hétérogénéité considérable de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires, qui varie d'un facteur multiplicateur de près de cinq entre le Japon et la Fédération de Russie (figure 1) (American Heart Association, 1999).

TABLEAU 1 : LES DIX PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN 1990

RANG	RÉGIONS INDUSTRIALISÉES	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS (MILLIERS)	RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS (MILLIERS)
1	Cardiopathie ischémique	2 695	Infections des voies respiratoires inférieures	3 915
2	Accidents vasculaires cérébraux	1 427	Insuffisance cardiaque ischémique	3 565
3	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	523	Maladies vasculaires cérébrales	2 954
4	Infections des voies respiratoires inférieures	385	Maladies diarrhéiques	2 940
5	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	334	Affections survenant durant la période périnatale	2 361
6	Cancer du côlon et du rectum	277	Tuberculose	1 922
7	Cancer de l'estomac	241	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	1 887
8	Accidents de la route	222	Rougeole	1 058
9	Blessures auto-infligées	193	Paludisme	856
10	Diabète sucré	176	Accidents de la route	777
Nombre total de décès		10 912		39 554

Source : Murray et Lopez, 1996

TABLEAU 2 : DÉCÈS CAUSÉS PAR UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE À QUATRE DIFFÉRENTS STADES DE LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

STADE DE DÉVELOPPEMENT	DÉCÈS PAR MCV (% DU TOTAL)	MCV PRÉDOMINANTES	EXEMPLES RÉGIONAUX
Peste et famine	5-10	Rhumatisme cardiaque, infections et cardiomyopathies d'origine nutritionnelle	Régions rurales d'Afrique subsaharienne, d'Inde et d'Amérique du Sud
Recul de la pandémie	10-35	Comme ci-dessus plus cardiopathie hypertensive et attaque d'apoplexie hémorragique	Chine et Afrique urbaine
Maladies dégénératives et imputables à l'humain	35-55	Toutes les formes d'accidents vasculaires cérébraux : cardiopathie ischémique à un âge relativement jeune	Asie urbaine, Amérique latine et Europe de l'Est
Maladies dégénératives retardées	<50	accidents vasculaires cérébraux et cardiopathie ischémique à un âge plus avancé	Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande et Japon

Source : Pearson et coll., 1993; Howson et coll., 1998

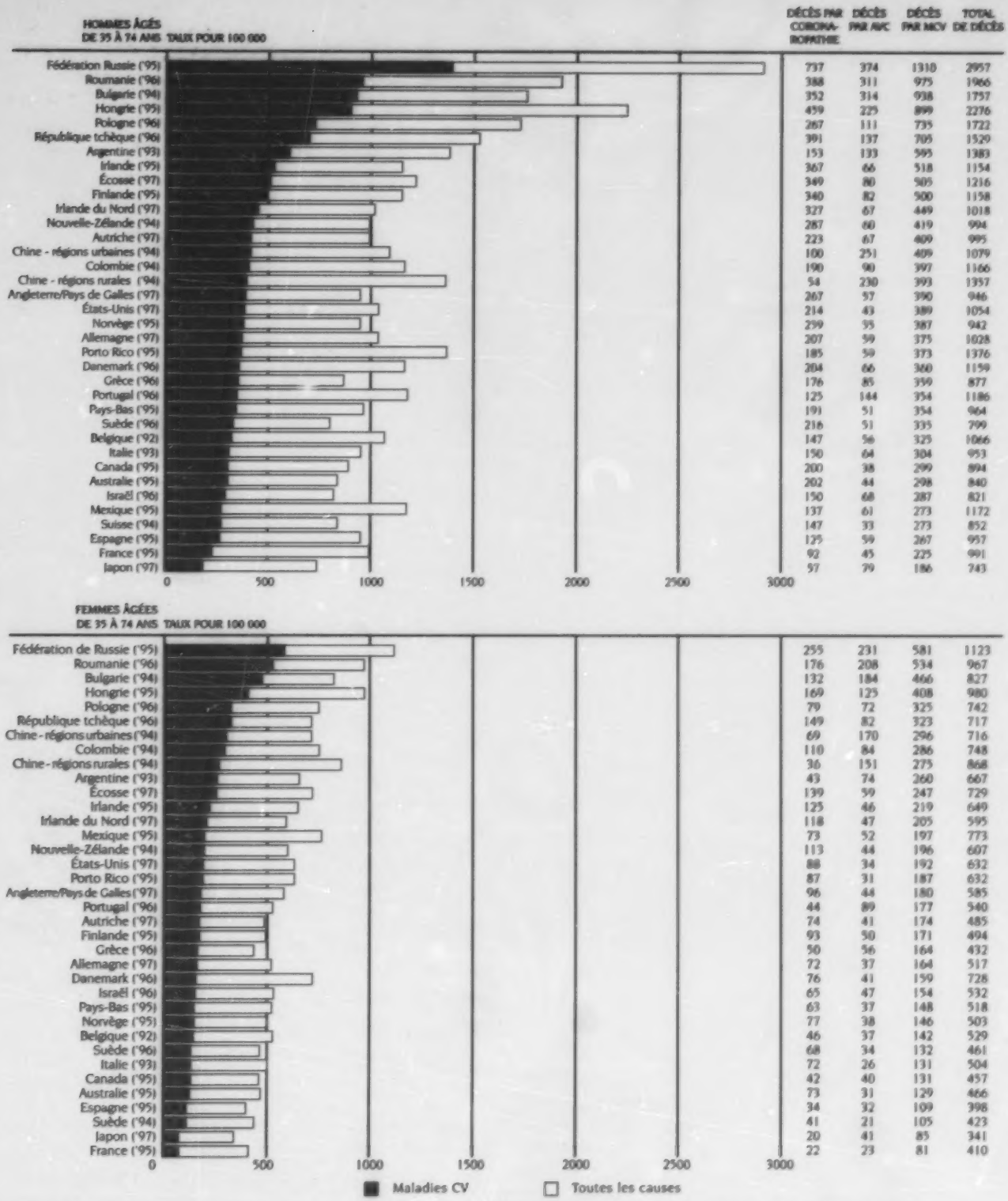


FIGURE 1 : TAUX DE MORTALITÉ SELON L'ÂGE POUR LES CORONAROPATHIES, LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES TOTALES ET TOUTES LES CAUSES DANS CERTAINS PAYS.
Taux ajustés en fonction de la population standard européenne.

CIM-9, 390-459 pour les maladies cardiovasculaires; 410-414 pour les coronaropathies et 430-438 pour les accidents vasculaires cérébraux. Les exceptions comprennent la République tchèque, le Japon et le Danemark, qui sont selon la CIM-10, et la Suisse, qui est selon la CIM- 8. Les codes de la CIM-10 sont 100-199 pour les maladies cardiovasculaires; 120-125 pour les coronaropathies et 160-169 pour les accidents vasculaires cérébraux. Les codes de la CIM-8 sont 390-458 pour les maladies cardiovasculaires; 410-414 pour les coronaropathies et 430-438 pour les accidents vasculaires cérébraux.

Source : American Heart Association, 1999

LES ENSEIGNEMENTS RÉCENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE DE DIFFÉRENTES RÉGIONS DU MONDE AU SUJET DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Actualisation de l'épidémie de MCV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

On s'attend depuis au moins dix ans à une épidémie de maladies cardiovasculaires dans les pays en développement, compte tenu du recul de la mortalité imputable aux maladies infectieuses, de l'augmentation qui en résulte de l'espérance de vie jusqu'à la tranche d'âge où les maladies cardiovasculaires deviennent apparentes, et de l'adoption des comportements à risque pour les maladies cardiovasculaires dans ces pays (Pearson et coll., 1993; Whelton et coll., 1995; Reddy et Yusuf, 1998; Howson et coll., 1998; World Heart Federation, 1999). Toutefois, l'ampleur de l'épidémie et la rapidité de sa propagation n'ont pu être réalisées que récemment. Le premier enseignement pour les pays en développement est qu'ils sont capables de produire des épidémies de maladies cardiovasculaires d'une ampleur comparable à celle des anciens pays socialistes et des économies occidentales. On constate, à la figure 1, qu'au milieu des années 1990, trois des taux de maladies cardiovasculaires les plus élevés concernaient des pays considérés « en développement », à savoir l'Argentine, la Chine et la Colombie (American Heart Association, 1999). Ainsi, les taux de l'Argentine surpassent ceux de la plupart des pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord. Ces pays peuvent être considérés comme ayant à présent atteint le troisième stade de la transition épidémiologique, une transition rapide qui a apparemment commencé au cours de la dernière décennie.

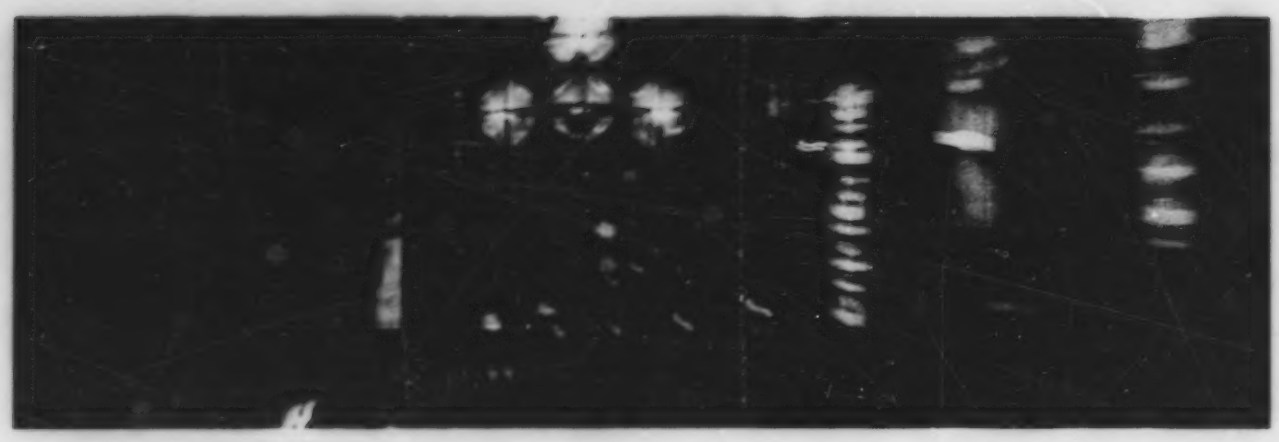
Un deuxième enseignement tiré de l'expérience des pays en développement est qu'il existe apparemment une hétérogénéité considérable sur le plan des tendances, puisque plusieurs pays à revenu intermédiaire semblent ne pas être entrés dans cette phase et pourraient même afficher un recul de leurs taux. Le Chili et Cuba sont des pays où les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires déclinent. De même, l'Île Maurice affiche une diminution des taux de cholestérol sérique, de la tension artérielle et du tabagisme entre 1987 et 1992 (Dowse et coll., 1995). Il semble donc que l'épidémie de maladies cardiovasculaires, particulièrement si elle est de forte amplitude, ne constitue pas une étape obligée.

> ***La mortalité par cardiopathie ischémique en Pologne, qui a diminué de 25 p. 100 en trois ans de 1991 à 1993, a été imputée au virage des priorités nationales en matière de nutrition et à la libéralisation des marchés vendant des aliments sains (Zatonski et coll., 1998). Ce recul rapide laisse croire que les interventions de santé publique efficaces peuvent permettre de freiner rapidement la progression des taux de mortalité par MCV.***

Les anciennes économies socialistes d'Europe sont les pays du monde où le fardeau des MCV est le plus lourd

Comme le montre la figure 1, les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est continuent d'afficher les taux de mortalité imputables aux MCV les plus élevés au monde. Un enseignement important tiré de l'expérience de la Fédération de Russie est que les maladies cardiovasculaires peuvent être un déterminant majeur de l'espérance de vie (Bobadilla et coll., 1997; Notzon et coll., 1998). On pense souvent que, comme la plupart des décès imputables aux maladies cardiovasculaires surviennent à un âge plus avancé, la lutte contre cette affection ne permettra pas d'augmenter l'espérance de vie. Entre 1990 et 1994, l'espérance de vie en Russie a diminué de cinq ans. Bien que des facteurs sociaux, comportementaux et économiques soient en partie responsables de ce déclin, les statistiques démographiques révèlent que les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux expliquent 36 p. 100 de ce recul, ce qui est de loin la proportion la plus élevée de l'espérance de vie imputée à une seule maladie.

Le dernier enseignement tiré de l'expérience des pays d'Europe de l'Est est que l'on y fait des progrès pour ralentir, voire pour juguler l'épidémie. Une variabilité considérable a été observée dans d'autres anciens pays socialistes (Chenet et coll., 1996). Ainsi, la mortalité par cardiopathie ischémique en Pologne, qui a diminué de 25 p. 100 en trois ans de 1991 à 1993, a été imputée au virage des priorités nationales en matière de nutrition et à la libéralisation des marchés vendant des aliments sains (Zatonski et coll., 1998). Ce recul rapide laisse croire que les interventions de santé publique efficaces peuvent permettre de freiner rapidement la progression des taux de mortalité par MCV. Néanmoins, cette mortalité continue de constituer un défi de taille dans les anciennes économies socialistes.



Les économies de marché établies : les nouvelles sont-elles toutes bonnes?

Le déclin de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires en Europe occidentale, en Amérique du Nord et en Australie/Nouvelle-Zélande est tangible depuis 1970, l'année du début de ce déclin variant quelque peu (Thom, 1989). On a beaucoup écrit au sujet des causes de ce déclin, que les études les plus équilibrées imputent à l'effet conjugué de la prise de mesures de santé publique (politiques sur le tabac, éducation sanitaire, programmes de nutrition) (Epstein, 1989) et de l'amélioration des soins (Goldman et Cook, 1984; Pearson, 1989). Ces tendances ont été citées à juste titre comme des preuves du caractère évitable des maladies cardiovasculaires à l'échelle de la population.

Les données récentes de certains pays en développement sont plus pessimistes et semblent indiquer un ralentissement du déclin de la mortalité par MCV, voire une inversion du phénomène. Ainsi, un examen des tendances des MCV aux États-Unis révèle un aplanissement de la courbe de diminution de la mortalité par MCV depuis 1990 et une absence bien documentée de déclin de la mortalité par AVC depuis 1990 (figure 2) (Cooper et coll., 2000). Ces phénomènes sont couplés à une augmentation de la mortalité par insuffisance cardiaque congestive et à une hausse graduelle, d'une année à l'autre, du nombre de congés de l'hôpital après une MCV. Aux États-Unis, on observe également une hétérogénéité considérable du déclin selon la race et le groupe ethnique, les couches socio-économiques et les régions géographiques du pays. Des études effectuées dans deux États (Massachusetts et Minnesota) mettent en lumière une très faible diminution de l'incidence de la cardiopathie ischémique et de l'accident vasculaire cérébral depuis 1990, ce qui laisse croire que tout déclin additionnel pourrait s'expliquer uniquement par la réduction du taux de létalité après la survenue d'une MCV (McGovern et coll., 1996; Goldberg et coll. 1999). Ce phénomène pourrait expliquer la hausse de la prévalence des MCV aux États-Unis, estimée aujourd'hui à 12 p. 100 chez les hommes et à 8 p. 100 chez les femmes adultes de 45 ans et plus. L'absence de réduction de l'incidence est en accord avec d'autres données montrant peu de changements sur le plan de la consommation de tabac et de graisses alimentaires, de l'activité physique ou de la maîtrise de la tension artérielle depuis 1990 (Cooper et coll., 2000). Plus inquiétantes encore sont les données laissant croire à une hausse de l'apport calorique suivie d'une épidémie d'obésité et de diabète (Cooper et coll., 2000). Au vu de ces données, il semblerait que la tendance au recul des MCV dans au moins un pays industrialisé, les États-Unis, pourrait tirer à sa fin.

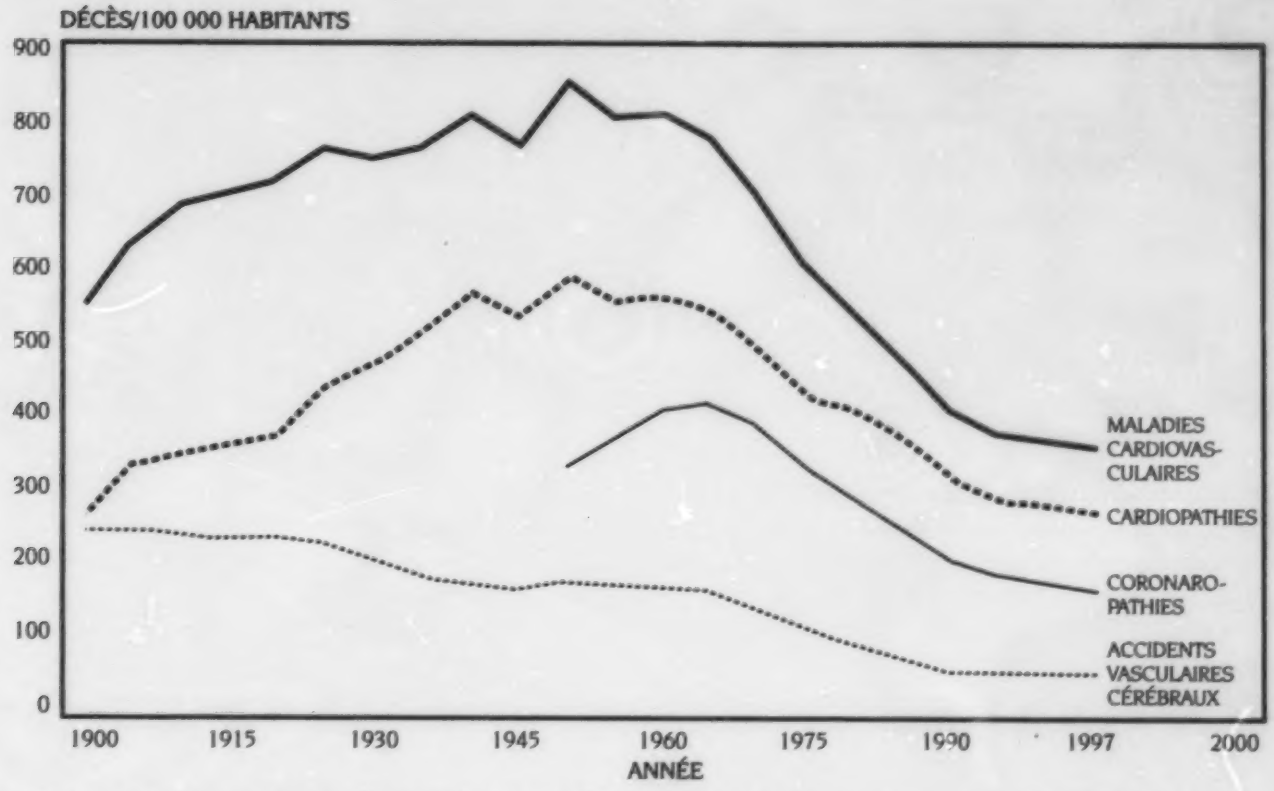


FIGURE 2 : TAUX DE MORTALITÉ AJUSTÉS POUR L'ÂGE (POPULATION STANDARD DE 2000) POUR LES PRINCIPALES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AUX ÉTATS-UNIS DE 1900 À 1997

Source : Cooper et coll., 2000

CHAPITRE 2

LES FORCES POLITIQUES, SOCIALES ET ÉCONOMIQUES EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE MONDIALE

Dans ce chapitre, on a choisi d'examiner sous l'angle de l'économie politique les interrelations entre les aspects politiques, économiques et sociaux de la prévention des maladies cardiovasculaires qui trouvent principalement leur origine à l'extérieur du secteur de la santé. On y discute des aspects de l'élaboration et de la mise en œuvre ou non des politiques de prévention et de promotion au macro-niveau, y compris l'évolution de la gouvernance, le financement, l'économie et les tendances planétaires en matière de systèmes de santé.

Certains facteurs qui débordent le cadre du secteur de la santé et qui échappent à son contrôle façonnent les environnements, les comportements et les systèmes de santé du monde entier. Les mouvements de mondialisation, les obstacles économiques, les questions professionnelles, l'éthique et les droits, la biotechnologie et la génétique, le financement et la recherche, sont autant de questions qui doivent être prises en considération pour élaborer des stratégies favorisant la santé par le renforcement de la capacité des systèmes de santé à offrir des services de prévention et par l'établissement de liens judicieux avec les intervenants des sphères sociales, économiques et politiques.

LA MONDIALISATION

Pour les fins du présent document, la mondialisation est définie comme étant un processus d'accroissement de l'interdépendance mondiale et d'intégration de secteurs tels que l'économie et le commerce, les voyages, l'information et les technologies connexes ainsi que les valeurs culturelles d'une part et, d'autre part, d'accentuation des divergences et de dislocation. Tous ces aspects ont des conséquences importantes pour la gouvernance en général et pour la santé et les politiques sanitaires en particulier. Dans une certaine mesure, et pour certains individus, la mondialisation présente des aspects positifs et ouvre des perspectives sans précédent de croissance économique, d'échanges culturels et de transferts de connaissance. Pourtant, pour de nombreux autres, la mondialisation a des effets dommageables, voire potentiellement dévastateurs (Wyplosz, 1999).

Si la restructuration mondiale de la production, la déréglementation des marchés financiers et l'essor du commerce international ont entraîné globalement une augmentation de la croissance économique, les gains associés à cette croissance ont été inégalement répartis tant entre les sociétés qu'au sein de chacune d'elles. On s'inquiète en particulier des contraintes imposées par la mondialisation à la responsabilité traditionnellement assumée par les gouvernements nationaux d'arbitrer la distribution de la richesse dans la société, avec ses répercussions sur la relation entre statut socio-économique et santé.

La réforme de la santé

La mondialisation a été accompagnée de réformes importantes des systèmes de santé dans de nombreux pays du monde. Très souvent, la réforme est caractérisée par la nécessité de redéfinir le rôle des gouvernements nationaux et locaux relativement à la santé, en privilégiant l'élaboration de systèmes faisant une plus large place à la participation des collectivités et des citoyens. Ces changements visent principalement à assurer à tous, notamment aux groupes défavorisés, un accès équitable aux services de santé (European Health Care Reform, 1997).

À divers degrés, la réforme de la santé est catalysée par un processus de privatisation visant à réduire les dépenses en soins de santé du secteur public. Le processus est souvent mené à bien sous le couvert de la rationalisation de la

participation des secteurs public et privé à la prestation des soins de santé dans le but de privilégier davantage l'efficacité et la rentabilité des programmes et des services.

Selon certains opposants, ce changement est motivé partiellement (et dans certaines régions) par la volonté de transférer la responsabilité de la santé à des paliers administratifs inférieurs. Le problème est que ces paliers ne disposent généralement pas de la capacité matérielle ou humaine adéquate pour mener à bien ces réformes. Cette situation nuit à la capacité des systèmes de santé d'instaurer et de maintenir des programmes de santé cardiovasculaire à tous les niveaux.

La nécessité d'une action mondiale

Une considération importante pour la réforme de la santé est que, dans un monde en cours de globalisation, les modes de vie et les environnements nocifs pour la santé qui constituent la racine de l'épidémie mondiale de maladies cardiovasculaires peuvent se transmettre aussi facilement que des agents infectieux. Cette situation résulte souvent de l'adoption par les individus et les collectivités de pratiques et d'habitudes socio-culturelles nuisibles pour la santé que leur société ne connaissait généralement pas par le passé, sous l'influence de la publicité de nouveaux produits. Ce phénomène touche davantage les jeunes dans toutes les sociétés ce qui explique que l'on parle de « l'adolescent global » (Schwartz, 1996).

Ces exemples illustrent la mondialisation des problèmes de santé, qui exige de trouver des solutions à l'échelle mondiale. Il sera probablement insuffisant ou impossible de s'appuyer uniquement sur un ensemble de lois et de politiques de santé nationales, à une époque de changements si radicaux à l'échelle mondiale. Par conséquent, il faut élaborer des politiques nationales en matière de santé et de MCV. La communauté internationale, si elle se préoccupe des questions de santé, doit non seulement penser globalement, mais aussi agir globalement.

Le marketing et l'adoption à l'échelle mondiale des produits du tabac sont un exemple éloquent de cette situation. Dans ce contexte, le projet de la Convention-cadre internationale pour la lutte antitabac mis de l'avant par l'OMS est un bon exemple du type de leadership et d'initiative requis pour élaborer des stratégies globales afin de contrer les menaces majeures pour la santé constituées par les MNT telles les maladies cardiovasculaires.

Le traité sur le tabac constituera le cadre international requis pour élaborer des politiques de santé nationales et pour limiter le rayon d'action mondial des compagnies de tabac transnationales. Il définit les normes que les pays peuvent adopter pour réglementer la publicité et prévenir le trafic illicite de produits du tabac et pour faciliter l'échange mondial de connaissances sur l'épidémie de tabagisme. Cette initiative démontre que, lorsque la communauté internationale s'unit en faveur de la santé, elle s'engage aussi concrètement en faveur de la justice, de l'équité et de la solidarité.

Pourtant, malgré ces initiatives positives, on craint que les forces de la globalisation, notamment l'économie et le commerce, puissent faire obstacle à l'intervention des gouvernements à l'intérieur même de leurs propres frontières.

Technologies, information et marketing

La révolution de la technologie de l'information, dans le cadre du processus de mondialisation, ouvre la voie à un monde plus instruit, où l'information sur la prévention et la promotion serait plus accessible. Toutefois, les technologies

de l'information peuvent aussi étouffer les cultures traditionnelles et accélérer le phénomène d'évolution vers une culture et un mode de vie universels qui ne sont pas particulièrement favorables à la santé.

Cette situation, conjuguée au fait que les politiques générales, sociales et économiques échappent de plus en plus au contrôle des gouvernements nationaux, limite la capacité des systèmes de santé de freiner la propagation des facteurs de risque des MCV, tels les régimes alimentaires nuisibles pour la santé et le tabagisme.

L'un des exemples les plus évidents de la nature bipolaire de la mondialisation est probablement la convergence mondiale observée sur le plan de l'alimentation (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). Ainsi, en Europe, la variabilité d'un pays à l'autre de la consommation de graisses alimentaires semble décliner (Figure 3). Certains pays, comme le Royaume-Uni, ont modérément réduit leur consommation de graisses saturées (en pourcentage de l'apport calorique) de 1972 à aujourd'hui (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). Au cours de la même période, les pays qui consommaient peu de graisses saturées, notamment la Bulgarie, ont augmenté leur consommation. Ce phénomène a amené une convergence des habitudes alimentaires au cours des 30 dernières années.

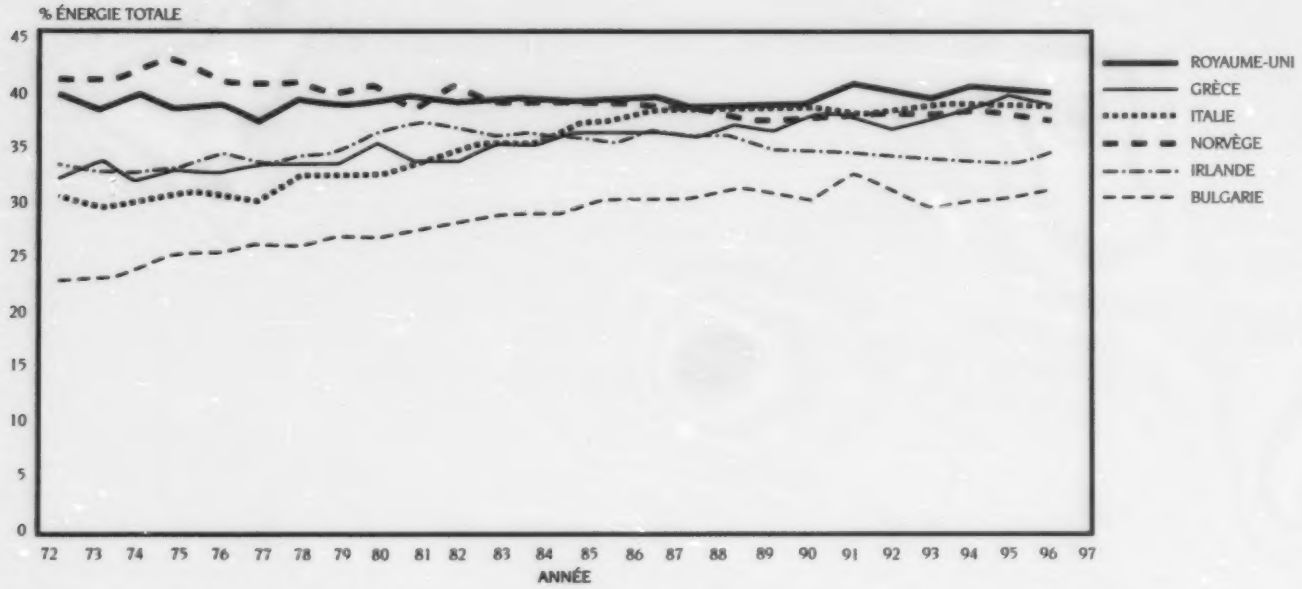


FIGURE 3 : POURCENTAGE DE L'ÉNERGIE ALIMENTAIRE TOTALE PROVENANT DES GRAISSES DANS CERTAINS PAYS DE 1972 À 1997

Source : European Cardiovascular Disease Statistics, 2000

En revanche, en Pologne, la levée des restrictions sur l'importation de margarine à faible teneur en graisses saturées, de fruits et de légumes a contribué à une réduction récente de la coronaropathie dans ce pays (Zatonski et coll., 1998). La libéralisation du marketing et du commerce des aliments est une force en plein essor. Le défi consiste à exploiter ces forces du marché pour promouvoir des habitudes et des schémas alimentaires plus souhaitables.

La mondialisation de l'éducation du public et de l'information peut en principe avoir un impact positif appréciable sur la santé. Toutefois, l'opposé se produit lorsque les messages véhiculés à l'échelle planétaire ne tiennent pas compte des impératifs propres à chaque culture. Ces messages sont généralement motivés par des facteurs économiques, p. ex., le marketing des services de restauration rapide (« fast foods »), des produits pharmaceutiques et du tabac. Ces efforts sont généralement bien financés et la mise en

marché s'effectue de manière très professionnelle, avec le profit comme seul objectif. Il n'existe pratiquement aucune stratégie mondiale pour faire échec à de telles mesures. Les messages éducatifs sont généralement locaux et leur communication est le plus souvent sous-financée et n'est pas appuyée par des activités de marketing professionnel. Dans de telles circonstances, il est presque impossible de déployer ces efforts éducatifs sur une échelle assez large ou pendant assez longtemps pour obtenir des changements significatifs et administrer une « dose préventive ».

En outre, la facilité accrue des communications mondiales a ouvert des possibilités importantes de publicité directe au consommateur pour les industries susmentionnées, notamment les firmes pharmaceutiques multinationales.

La capacité des compagnies pharmaceutiques d'utiliser les technologies de communication à l'échelle mondiale pour vendre directement leurs produits aux consommateurs en ignorant les frontières a, dans certains pays, rendu la consommation de médicaments plus intéressante sur le plan économique. Par contre, alors que les possibilités de marketing mondial des produits pharmaceutiques s'élargissent, il n'existe aucun élan parallèle pour mondialiser les mesures favorisant la santé cardiovasculaire.

Les technologies médicales

Une autre influence à l'échelle mondiale est celle de la profession médicale et de l'industrie des produits pharmaceutiques et des instruments médicaux. L'éducation médicale, l'information médicale et les nautes technologies, tels les secteurs des produits pharmaceutiques et des instruments, font de plus en plus l'objet d'un marketing à l'échelle mondiale. Plusieurs leaders d'opinion en médecine ont suivi une formation dans différents pays. Les entreprises de produits pharmaceutiques et d'instruments médicaux sont généralement transnationales et les technologies les plus sophistiquées sont présentées comme les meilleures technologies, l'efficacité étant souvent privilégiée par rapport à la rentabilité. La formation médicale continue, de plus en plus disponible par Internet, façonne les attitudes et la pratique des professionnels qui en bénéficient, que cette formation convienne ou non à leur environnement de pratique.

Toutefois, la mondialisation risque d'entraver la capacité des gouvernements nationaux d'élaborer des politiques générales de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les politiques élaborées par les intérêts transnationaux, corporatifs et autres peuvent nuire à la capacité des États d'agir pour modifier la conjoncture à l'intérieur de leurs propres frontières. Le secteur industriel mondial, qui a un intérêt financier direct pour la santé et la maladie, fait généralement pencher la balance des politiques nationales de santé vers les solutions à visée curative et l'investissement dans des technologies onéreuses (Morgan et coll., 2000).

L'investissement dans la technologie est un coût de substitution qui impose une limite non seulement à la capacité des systèmes de santé de financer la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais aussi à leur capacité d'investir dans d'autres secteurs importants de la société qui ont des répercussions sur la santé, notamment l'éducation. À l'évidence, le concept de coût de substitution doit être pris en considération, en gardant à l'esprit le contexte différent de l'infrastructure et du stade de développement dans les pays industrialisés et en développement. Toutefois, il s'agit d'un concept utile qui peut être employé pour prendre des décisions relatives aux options stratégiques.

Les nouvelles données épidémiologiques et le futur

Enfin, la privatisation ou l'individualisation du risque remplace de plus en plus les approches populationnelles de la lutte contre les MCV; la privatisation du risque rend l'individu responsable du risque d'être atteint d'une MCV auquel il est exposé et les mesures préventives sont de plus en plus axées sur l'évaluation du risque individuel et le traitement des individus à plus haut risque (Rockhill, 2001). Cet abandon des interventions populationnelles a été considéré comme une preuve de l'incapacité des services sanitaires publics de trouver des solutions aux problèmes de santé contemporains, notamment les MCV (Beaglehole et coll., 1997; Schwartz et coll., 1999). La réduction de la mortalité imputable aux MCV dans les pays industrialisés depuis 1970 semble pouvoir s'expliquer, du moins en partie, par l'adoption de stratégies populationnelles axées sur le tabagisme, la nutrition et l'exercice physique. Au moins aux États-Unis et en Finlande, il semble exister une bonne corrélation entre d'une part l'arrêt du déclin du tabagisme, de la consommation de graisses alimentaires et de la sédentarité et, d'autre part, la fin du recul de l'incidence des MCV. La poursuite du déclin (à un rythme moindre) de la mortalité par maladies cardiovasculaires est corrélée à l'utilisation de technologies de plus en plus sophistiquées pour les groupes à haut risque. La privatisation du risque semble avoir favorisé les strates plus instruites et les plus riches de la population, et avoir créé

des gradients élevés de la mortalité attribuable aux MCV où les taux de mortalité les plus élevés s'observent chez les individus les moins armés pour comprendre et réduire leurs propres risques.

Quel est le stade ultime de l'épidémie de MCV? D'après le modèle actuel (tableau 1), les MCV continueront de reculer, touchant des individus de plus en plus vieux et un nombre moindre de personnes dans les tranches d'âge socialement et économiquement productives. Le tableau récemment modifié des MCV dans les pays industrialisés comme les États-Unis suggère un autre scénario, où serait atteint un état d'équilibre dépendant de la capacité de chaque pays et de sa volonté d'instituer des changements au niveau de la population. Ce stade, ou stade de mondialisation et de privatisation du risque, sous-entend que les MCV se répandront dans l'ensemble du monde et que les taux de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral seront déterminés non par le pays de résidence, mais par l'ensemble des produits, de l'information et de l'éducation reçus par chaque individu. Ainsi, les taux de MCV varieront davantage selon le niveau d'éducation et de revenu qu'en fonction du pays d'origine et les MCV acquerront une dimension endémique et pandémique.

La rapidité avec laquelle les MCV se sont implantées dans les pays en développement, l'ampleur de l'épidémie de maladies cardiovasculaires en Europe de l'Est et le ralentissement possible du déclin de ces maladies aux États-Unis, voire dans d'autres pays occidentaux, pourraient avoir une explication commune : les MCV, à titre de pandémie mondiale, ont maintenant des facteurs étiologiques agissant à l'échelle de la planète.

La rapidité avec laquelle les MCV se sont implantées dans les pays en développement, l'ampleur de l'épidémie de maladies cardiovasculaires en Europe de l'Est et le ralentissement possible du déclin des MCV aux États-Unis, voire dans d'autres pays occidentaux, pourraient avoir une explication commune : les maladies cardiovasculaires, à titre de pandémie globale, ont maintenant des facteurs étiologiques agissant à l'échelle de la planète. Les mêmes facteurs peuvent instaurer, stimuler ou soutenir l'épidémie, selon les conditions locales. Ces facteurs ne sont pas nécessairement nouveaux, car le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète sont des caractères communs des patients souffrant de MCV dans le monde entier. Le résultat final est la mondialisation de l'épidémie de maladies cardiovasculaires qui devient la première cause de décès pour l'humanité, dans toutes les régions du monde.

LE PARADIGME MÉDICAL CLINIQUE

En matière de promotion et de prévention, le secteur privé et l'industrie n'ont aucun intérêt commercial direct dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires. Par opposition, le secteur des soins de santé est appuyé par une base industrielle importante qui exerce une grande influence sur la création de la demande, la formulation des politiques et la détermination des ressources affectées aux systèmes de santé, en privilégiant naturellement les soins curatifs. Les politiques gouvernementales de prévention primaire doivent veiller à l'atteinte d'un équilibre plus approprié entre les ressources allouées à la promotion et à la prévention et celles destinées aux services curatifs. En bout de ligne, le soutien du programme de prévention doit provenir du secteur public, car il est peu probable qu'il soit assuré par d'autres intervenants, notamment l'industrie, du fait de l'absence de possibilité de profit.

La mise en œuvre des initiatives de promotion et de prévention est entravée par l'application inappropriée du paradigme clinique qui cible les individus, contrairement aux politiques et aux stratégies qui ciblent les populations et les communautés dans leur ensemble. Dans le dernier cas, la question critique est la capacité d'intervenir lorsque, bien entendu, il existe des preuves d'efficacité suffisantes. Les interventions communautaires doivent en premier lieu avoir une capacité suffisante pour administrer une « dose d'intervention » adéquate; en d'autres termes, il faut intervenir de la manière appropriée, avec une intensité suffisante sur une fraction de la population assez importante.

Dans de nombreux pays, l'affectation des ressources à la recherche est influencée de manière disproportionnée par les chercheurs des secteurs clinique et biomédical. Souvent, les propositions de recherches sur la prévention et la promotion au niveau communautaire sont freinées par l'adhésion excessive au modèle de l'essai randomisé et contrôlé, qui n'est pas applicable aux approches communautaires et populationnelles. La recherche et la mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention continuent d'être entravées par des contraintes imposées

TABLEAU 3 : COMPARAISON DES APPROCHES INDIVIDUELLES ET COMMUNAUTAIRES POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

INDIVIDU - PRATIQUE CLINIQUE	COLLECTIVITÉ - APPROCHES POPULATIONNELLES ET PROMOTION DE LA SANTÉ
Les normes sont des essais randomisés contrôlés	Les normes sont le résultat et l'évaluation du processus; on utilise des méthodes quantitatives et qualitatives
Les patients sont des individus	Le client est la collectivité
Une dose inférieure à la dose thérapeutique est inacceptable	La dose préventive est rarement administrée
Traitement plus facile d'un individu	Difficile d'augmenter les programmes de promotion de la santé qui touchent toute la population
Les résultats des interventions sont des changements au niveau individuel	Le résultat est un changement des normes sociales, des environnements et du comportement de l'ensemble des populations
Les interventions peuvent cibler la plupart des facteurs pertinents pour le résultat	Les interventions prennent rarement en charge les déterminants sociaux externes à la collectivité

par le paradigme de l'évaluation de la recherche clinique. Le milieu de la santé cardiovasculaire devrait reconnaître d'autres méthodes bien établies pour évaluer l'efficacité des interventions de promotion et de prévention. À titre de mesure proactive, il sera important d'élaborer d'autres critères acceptables pour évaluer les interventions de promotion et de prévention.

Les autres différences entre ces deux approches sont illustrées au tableau 3. Alors que, dans les interventions cliniques, le client est le patient lui-même, dans un paradigme de promotion et de prévention, le client est la collectivité ou une population donnée. De même, le résultat d'une intervention dans un contexte clinique est l'obtention d'un changement au niveau individuel, tandis que pour les interventions de promotion et de prévention, c'est le changement des normes et des valeurs sociales et environnementales qui amène des changements dans l'ensemble de la population.

Il existe des exemples d'initiatives de promotion et de prévention où des programmes de santé des populations exhaustifs ont été mis en œuvre. Des études bien connues aux États-Unis et en Finlande ont démontré le potentiel qu'ont les interventions communautaires d'améliorer la santé, notamment cardiovasculaire (Schooler et coll., 1997, Puska et coll., 1995). Les résultats de ces études ont montré que les approches préventives doivent être exhaustives et recourir à plusieurs canaux d'intervention, privilégier les liens avec les systèmes de santé locaux et viser à amener des changements environnementaux et politiques. Ces enseignements ont été mis en pratique dans la récente Cardiovascular Health Initiative des CDC des États-Unis, qui accorde un financement prioritaire aux mesures de changement au niveau politique et environnemental.

Parmi les autres exemples de mise en application réussie des approches de promotion et de prévention, citons la US initiative on High Blood Pressure Detection and Education (National High Blood Pressure Detection and Education Program, 1980) et le National Cholesterol Education Program (1985). Il semblerait que si l'on a réussi à réduire les taux de cholestérol, c'est parce qu'on a associé des stratégies d'éducation et de changement comportemental à un changement environnemental dans lequel l'industrie a proposé au public des aliments à teneur moindre en graisses.

L'accident vasculaire cérébral et le cancer de l'estomac sont deux exemples remarquables de l'importance que peut avoir un changement environnemental sur l'incidence des principales maladies. La mortalité imputable à ces causes a connu un déclin significatif depuis les années 1950. Ce déclin coïncide avec l'avènement et l'introduction généralisée de la réfrigération et en est probablement la conséquence. Ce progrès a rendu moins nécessaires la salaison et la fumaison des aliments, procédés qui ont été mis en cause tant dans le cancer de l'estomac que dans l'hypertension et l'accident vasculaire cérébral.

L'INDUSTRIE DES BIOTECHNOLOGIES ET DE LA GÉNÉTIQUE

La biotechnologie et la génétique sont devenues un secteur majeur d'investissement pour les systèmes de santé et pour l'affectation des fonds destinés à la recherche. Leur potentiel

de procurer des gains réels en matière de santé a suscité une « exubérance irrationnelle ». Mentionnons par exemple l'optimisme des Drs Brown et Goldstein (1996), qui écrivaient que les maladies cardiovasculaires ne seraient plus un problème de prévention dès la première décennie du XXIe siècle, grâce à l'application de la thérapie génique. À l'évidence, cet optimisme n'était pas justifié. Les MCV étant multifactorielles, il demeure très peu probable qu'il n'y ait qu'un seul gène à cibler pour les traiter. D'après les recherches épidémiologiques, le niveau actuel d'optimisme à l'égard de la solution du gène unique n'est pas justifié et les interactions gène-environnement sont le déterminant clé de l'expression d'une maladie dans une population (Landers et coll., 1994; Landers, 1996). Plus que jamais, il est nécessaire pour les intervenants en santé cardiovasculaire de prôner l'atteinte d'un équilibre entre la recherche en biotechnologie et en génétique et l'adoption d'approches populationnelles plus larges pour améliorer de manière tangible la santé de la population.

L'ÉTHIQUE ET LE DROIT À LA SANTÉ

Les sociétés, les gouvernements et les systèmes de santé reconnaissent qu'il est nécessaire et souhaitable que leurs citoyens aient accès aux traitements et aux autres services de santé, dans la mesure autorisée par les ressources sociétales. De fait, certains pays ont érigé le droit à la santé en droit humain fondamental, directement lié aux questions d'équité, de solidarité, de droits des patients et de qualité des soins. Cette perspective est de plus en plus admise par la communauté internationale et est activement défendue par les politiques de l'OMS, par plusieurs pays et par des organisations et des réseaux internationaux. Sur le plan pratique, cette reconnaissance, ou acceptation, du « droit à la santé » s'applique principalement aux services de soins de santé diagnostiques et thérapeutiques et ignore généralement le droit éthique à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.

Dans les paragraphes qui précèdent sont soulevées plusieurs questions d'ordre éthique concernant la prise de décisions par les professionnels de la santé et ceux chargés de la gouvernance des systèmes de santé. Les MCV représentent un secteur où des gains significatifs peuvent être réalisés sur le plan de la santé, aussi les questions éthiques de promotion et de prévention devraient-elles revêtir une importance particulière pour les intervenants du milieu.

Les professionnels de la santé, notamment les cliniciens spécialistes tels les cardiologues et les chirurgiens cardiovasculaires, influencent considérablement la détermination des politiques de santé. Collectivement, ils ont non seulement la capacité, mais aussi la responsabilité éthique de prôner l'adoption aussi bien de politiques axées sur les traitements, que de politiques, de programmes et de services à visée préventive. Cette responsabilité devrait être d'une importance primordiale pour les praticiens et les spécialistes dans un contexte où les ressources limitées rendent peu probable la possibilité de faire des gains majeurs en mettant l'accent sur le traitement des maladies.

Ce fardeau ne doit cependant pas reposer uniquement sur les professionnels de la santé. La capacité du système de santé d'assurer la prévention et la promotion est tributaire des choix politiques faits par les responsables de la gouvernance de ce système. La gouvernance inclut les paliers de l'élaboration des politiques et de la haute direction du gouvernement et leurs décisions stratégiques, lesquelles devraient également être guidées par des considérations éthiques. Cette situation se répercute sur les questions de prévention et de promotion, car de nombreux gouvernements, au mieux, n'affectent pas à ces services les ressources qui sembleraient justifiés au vu des données scientifiques les plus récentes et, au pire, ne leur affectent aucune ressource.

Le volet éthique est maintenant bien intégré aux aspects cliniques des soins de santé. Les droits des patients ont été consacrés dans la *Charte de Lubljana* (Organisation mondiale de la santé, 1996) et sont en train d'être enchâssés dans les pratique des systèmes de santé et dans les cadres législatifs de nombreux pays. Les droits des patients couvrent un large éventail de questions telles que le droit à la confidentialité, le consentement éclairé, la divulgation complète et le droit de recevoir les soins de santé adaptés à ses besoins. Ils concernent principalement les soins cliniques. L'attention accordée récemment dans le monde aux réformes des soins de santé fournit l'occasion soit d'élargir ces droits, soit de créer un ensemble parallèle de droits des citoyens à la santé, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Par conséquent, les droits des patients doivent être situés dans le contexte de la fourniture de services de prévention et de promotion de qualité et du droit des individus à la santé, et non pas seulement aux soins de santé.

Les pratiques des professionnels de la santé, notamment les médecins, sont universellement régies par un code d'éthique en vertu duquel ils doivent prodiguer les meilleurs soins possibles à leurs patients. Compte tenu des progrès réalisés dans la prévention des maladies cardiovasculaires au cours des 50 dernières années et de la pléthore d'interventions ayant démontré leur efficacité, la fourniture de services de prévention et de promotion par les professionnels de la santé devrait être considérée comme faisant partie intégrante du code d'éthique des soins aux patients et on devrait lui accorder une importance égale à celle du droit aux traitements.

Toutefois, les politiciens et les décideurs doivent également réaliser que les décisions qu'ils prennent quant à la répartition des ressources entre la prévention, la promotion de la santé et les soins de santé ont un fondement éthique important. Les ressources et les politiques qui régissent le système de santé conditionnent et façonnent à leur tour le comportement des professionnels de la santé et la mesure dans laquelle ils s'acquittent de leurs responsabilités éthiques pour adopter les meilleures pratiques médicales, y compris pour la fourniture de services de prévention et de promotion. D'un point de vue pratique, cela signifie que la législation sur l'assurance santé doit financer tant la fourniture de services préventifs que l'infrastructure de base des soins de santé primaires. À ce titre, il faut notamment prévoir le remboursement des services de prévention des professionnels de la santé et des programmes de formation appropriés leur permettant d'acquérir la capacité d'offrir de tels services.

Une dimension éthique majeure de la promotion et la prévention concerne la mise en œuvre des politiques et des interventions qui touchent des communautés et des groupes entiers de la population. En vertu des pratiques actuelles, *pratiquement n'importe quel groupe de professionnels ou de* non-professionnels et n'importe quelle organisation, quelles que soient ses compétences, peut lancer des programmes de prévention et de promotion ayant des conséquences sur le mode de vie et le degré de sensibilisation des individus. Cela se produit souvent en l'absence de tout examen éthique ou scientifique, sans égard aux questions d'équité ou sans évaluer si la dose d'intervention est adéquate pour justifier une espérance de gain pour la santé chez les individus ou les communautés visés.

Les interventions communautaires doivent être examinées d'un point de vue éthique. Bien souvent, elles sont mises en œuvre avec l'appui de politiques de financement à court terme qui voient en fait les communautés comme des laboratoires ou des groupes d'expérimentation où les interventions sont offertes à l'intérieur d'une période définie et qui sont laissées à elles-mêmes lorsque les services ou les programmes s'achèvent. Les gouvernements et les autres organisations qui appuient les interventions communautaires doivent examiner les propositions devant être financées en gardant à l'esprit ces considérations éthiques.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

L'argument selon lequel « la prévention paie » est rarement efficace pour accroître les montants affectés. Le fait que la prévention soit défavorisée par rapport aux soins cliniques s'explique davantage par des raisons d'économie politique que par une question d'efficacité. Le financement est un problème à tous les niveaux (local, national et international).

Dans les systèmes où les soins de santé sont gérés par des organismes, qui sont très courants aux États-Unis, on privilégie la « rentabilisation de l'investissement ». À l'évidence, la prévention et la promotion, dont les bénéfices ne surviennent qu'à plus long terme et qui se mesurent par l'absence d'événements cliniques (p. ex., crises cardiaques ou accidents vasculaires cérébraux), présentent des difficultés pour les tenants du paradigme de l'investissement. Il est également plus difficile de convaincre le secteur privé de financer des stratégies de changement du comportement à long terme plutôt que de financer des technologies. Aux États-Unis, la promotion de la santé et la prévention des maladies sont financées

et assurées dans une certaine mesure par le secteur privé (p. ex., programmes en milieu de travail, etc.). Toutefois, alors que les populations assurées couvertes par ces programmes vieillissent et dépensent davantage en soins de santé, les fonds disponibles pour la prévention et la promotion, notamment pour la tâche primordiale de diffusion, s'amenuisent (Farquhar, 1996).Il existe certains modèles de financement, tels les impôts spécialement affectés utilisés dans le programme de lutte contre le tabagisme en Californie, qui sont des options efficaces pour financer la santé cardiovasculaire et qui ont démontré leur impact sur les résultats cliniques. (Sly et coll., 2001; Pierce et coll., 1994)

Il est frappant de constater l'absence de politiques permettant de financer l'infrastructure et le renforcement des capacités à l'échelle internationale pour la santé cardiovasculaire. Le financement pourrait être défini en termes économiques comme un bien public global[1]. La lutte contre les maladies transmissibles est considérée comme un bien public global depuis la peste d'Athènes en 430 av. J.-C. Cette vision est appuyée à notre époque par des organisations internationales telles que l'OMS. Le changement d'attitude face aux maladies chroniques, qui passent du statut de questions revêtant un intérêt principalement national à celui de bien public global, est catalysé par les forces du nouvel ordre économique mondial déjà évoquées dans la présent chapitre.

Ceux qui se préoccupent de promotion de la santé cardiovasculaire au niveau international devraient prôner l'élaboration de mécanismes propres à donner à la prévention des maladies chroniques le statut de bien de santé publique. Ils pourraient demander la création de l'infrastructure requise afin de définir des priorités pour la recherche et la mise en œuvre, d'élaborer des propositions et d'administrer les fonds susceptibles d'être octroyés par les gouvernements et les organismes œuvrant pour le développement sanitaire, social et économique.

L'épidémie de maladies cardiovasculaires s'explique par l'adoption de comportements et de modes de vie nocifs pour la santé, lesquels se propagent en raison de la mondialisation des communications, du marketing et du commerce. Compte tenu des déterminants de cette épidémie mondiale, il est impossible pour un seul pays ou groupe de pays de la juguler. Il s'agit d'un défi de taille pour les organismes internationaux tels que l'OMS, la Banque mondiale et les ONG internationales qui doivent assurer le leadership et prévoir le financement et les cadres politiques et organisationnels qui fourniront les mécanismes requis pour financer la santé à titre de bien public international.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE DÉSÉQUILIBRÉ

L'essentiel du financement de la recherche va à l'acquisition de nouvelles connaissances sur les processus pathologiques, aux nouvelles modalités thérapeutiques et à l'élaboration de nouvelles technologies. Une fraction infime des fonds est octroyée à la recherche sur les programmes de santé cardiovasculaire favorisant la promotion de la santé et la prévention des maladies (Farquhar, 1996). Il n'y a que très peu de fonds disponibles pour la recherche sur les maladies cardiovasculaires dans les pays en developpement et pour la recherche sur les maladies cardiovasculaires ayant une portée internationale. D'après les données du Forum mondial pour la recherche en santé (2000), 90 p. 100 des fonds de recherche sont consacrés à 10 p. 100 de la population des pays industrialisés. Il est alarmant de réaliser que l'épidémiologie de maladies telles que les maladies cardiovasculaires s'appuie sur des études qui n'ont été réalisées que sur quelque 20 p. 100 de la population du globe, et ce presque exclusivement dans le monde occidental.

La recherche communautaire est coûteuse, prend du temps et fait souvent appel à une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives, ce qui requiert un paradigme d'évaluation différent de celui utilisé généralement en recherche expérimentale. L'insuffisance du financement de la recherche concerne également des priorités telles que la diffusion, la mise en application des découvertes scientifiques, la recherche sur la mise en œuvre ainsi que les méthodes de formation des chercheurs et de renforcement des capacités en ressources humaines en vue d'instaurer des programmes multidisciplinaires et des politiques de santé cardiovasculaire (Déclaration de la Catalogne, 1996).

La recherche devrait également s'intéresser aux questions liées à l'économie politique de la santé cardiovasculaire, notamment la surveillance de l'impact de la mondialisation sur la santé et les maladies cardiovasculaires. Cette

[1] Pour les fins de la présente Déclaration, un bien public est défini comme étant un bien possédant des caractéristiques de non-concurrence pour la consommation et de non-excluabilité. Un bien de santé publique « global » est défini comme étant un bien public dont les avantages ont un caractère fortement universel sur le plan des pays, des individus et des générations (Global Public Goods, 1999).

démarche pourrait être facilitée par l'établissement de véhicules, tel l'observatoire mondial sur la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires, dont la mise sur pied a été préconisée dans la *Déclaration de Singapour* pour la santé cardiovasculaire (1998).

L'efficacité, aux États-Unis, de la campagne de lutte contre le tabagisme et d'incitation du public à adhérer à des politiques générales de changement des habitudes alimentaires s'explique en partie par l'existence dans ce pays d'organes scientifiques solidement établis (National Institutes of Health et Centers for Disease Control and Prevention) pour contrer les forces du marché du secteur privé. Le processus a aussi été grandement facilité par l'existence de groupes de consommateurs qui ont joué un rôle très actif dans l'éducation du public américain au sujet d'un large éventail de questions de santé. Le National Public Health Institute de la Finlande est un autre exemple d'établissement jouissant d'une grande crédibilité publique et scientifique et fournissant des renseignements objectifs pour faciliter la prise de décisions par les pouvoirs publics et les politiciens.

En résumé, le besoin à l'échelle mondiale de lutter contre les maladies chroniques telles les maladies cardiovasculaires constitue un défi de taille sur le plan de la gouvernance et des institutions, en raison de l'évolution du contexte mondial et des changements radicaux apportés aux structures et aux formes internationales régissant le commerce. La mondialisation des finances et du commerce a conduit à l'adoption d'un système de règles, telles celles de l'Organisation mondiale du commerce et de régimes multilatéraux de commerce qui pourraient avoir des répercussions sur la santé des populations ainsi que sur l'organisation et la fourniture des services de santé. Il faut trouver de nouveaux systèmes institutionnels qui permettent de contrer ces perturbations. Il faut notamment que les organisations gouvernementales internationales (p. ex., l'OMS) jouent un rôle accru en matière de gouvernance globale. Une initiative porteuse de beaucoup plus d'espoirs pour l'avenir serait le développement de coalitions mixtes autour de questions telles que la lutte antitabac, le VIH/sida et la lutte contre les armes légères auxquelles participeraient les ONG, les mouvements sociaux, le milieu universitaire, les OGI, les gouvernements nationaux et, de plus en plus, le secteur privé.

CHAPITRE 3

LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES

Dans la *Déclaration de la Catalogne* (1996), on faisait état des obstacles à l'intervention concrète (en santé cardiovasculaire) qui « sont en bout de ligne les pensées, les actions et le comportement d'individus à tous les niveaux de la société et ceux de l'organisation et des systèmes auxquels ils appartiennent ». Parmi ces obstacles figurent la réticence ou la résistance au changement, le fossé entre les connaissances scientifiques et leur application, les intérêts conflictuels du commerce et du marketing et le manque de collaboration.

Si l'intérêt de la prévention n'est plus à démontrer, il existe toujours des obstacles systémiques considérables à la santé cardiovasculaire. Ces obstacles ne sont pas propres à la santé cardiovasculaire, mais s'appliquent d'une manière générale à tous les aspects de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Le présent chapitre porte sur ces obstacles, qui sont indissociables des systèmes de santé du monde entier.

LA PRIORITÉ INSUFFISANTE ACCORDÉE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET À LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les gouvernements et les sociétés ne réalisent pas vraiment les gains tant sanitaires qu'économiques que peut engendrer l'investissement dans la prévention (Déclaration de la Catalogne, 1996). Aucune formule exacte n'existe pour trouver l'équilibre approprié dans l'affectation des ressources entre les volets curatif et préventif du système de santé. Toutefois, les gains que pourrait procurer la prévention des maladies cardiovasculaires sur le plan de la qualité de vie, du nombre d'années de vie sans invalidité, de la productivité accrue et de la réduction du coût des soins de santé témoignent de l'urgence de corriger ce déséquilibre.

Le financement de la santé cardiovasculaire fait défaut. Cette situation s'explique notamment par les doutes entretenus quant à l'efficacité de la prévention et par les priorités conflictuelles des systèmes de santé, qui doivent à la fois satisfaire aux impératifs des soins curatifs et de la lutte contre les maladies transmissibles. En outre, les effets bénéfiques de la prévention des MNT ne sont généralement observables qu'après plusieurs années, au-delà de l'horizon temporel des décisions politiques, et il est difficile d'obtenir du financement pour un programme durable auprès du secteur privé, en raison du potentiel limité de gain économique que l'industrie peut tirer de la promotion et de la prévention.

Ces réalités illustrent les perceptions générales concernant l'intérêt de la promotion et de la prévention. Les gouvernements ont tendance à assimiler « politique de soins de santé » et « politique de santé ». Étant donné que la prévention et la promotion sont associées aux modes de vie qui, croit-on, résultent exclusivement de choix personnels, on considère souvent qu'elles sont la responsabilité des individus, sans tenir compte de la complexité des déterminants du comportement humain. Par exemple, les influences environnementales sur le mode de vie sont rarement reconnues et, partant, ne sont pas intégrées aux politiques de santé.

Aux obstacles susmentionnés s'ajoute le fait que, dans de nombreux systèmes de santé, la collaboration fait défaut entre ceux qui pratiquent la promotion et ceux qui travaillent en prévention. Certaines formulations des politiques de promotion de la santé ne reconnaissent pas l'importance des activités et des questions de prévention. En termes pratiques, il devient alors difficile de recruter des ressources en promotion de la santé à l'appui des stratégies de prévention des maladies.

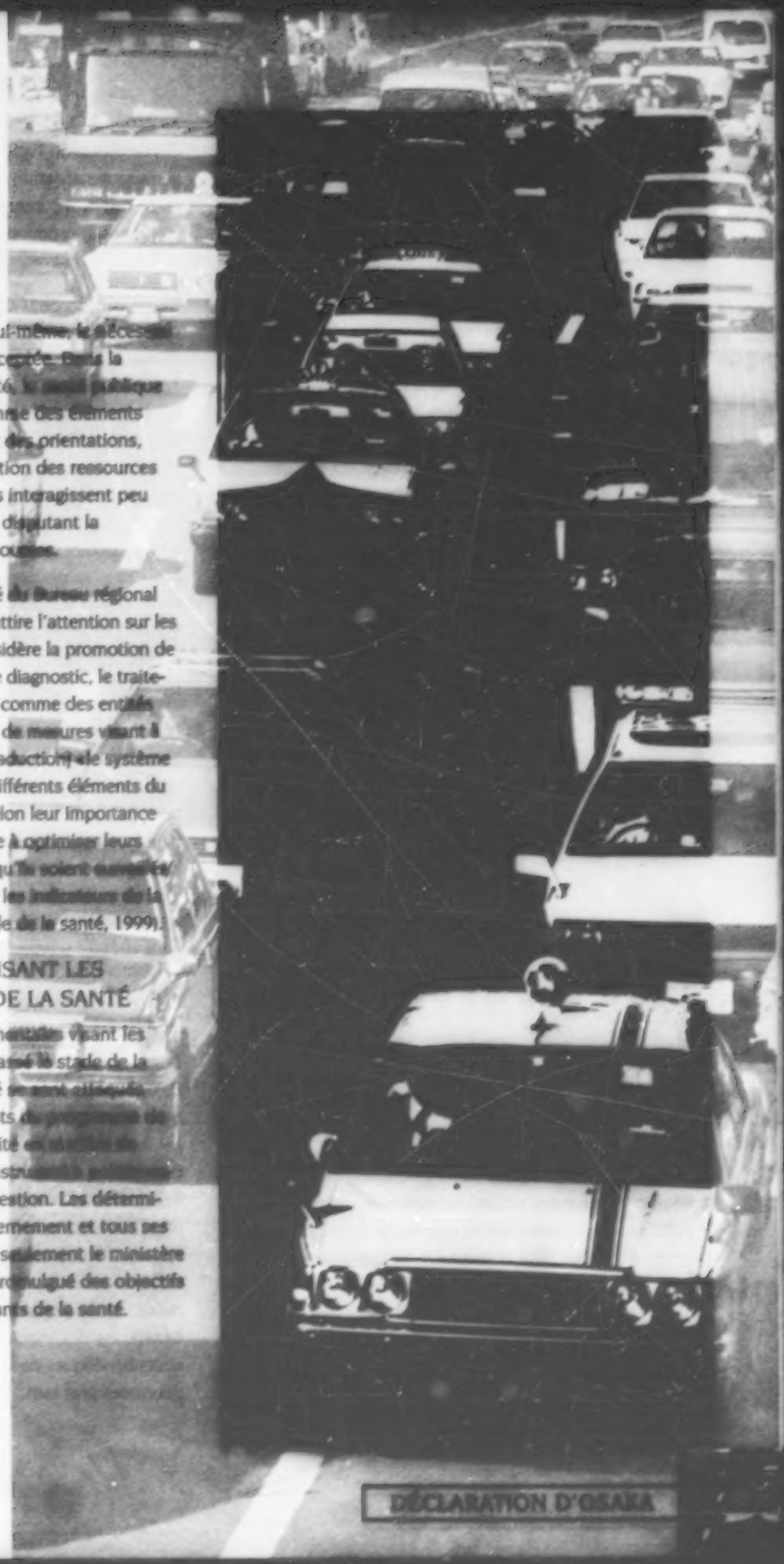
Une autre raison explique l'absence de priorité de la prévention et de la promotion : le concept de continuité de la santé, englobant promotion, prévention, traitement, réadaptation et soins, n'est pas bien compris par les systèmes de santé; il n'y a donc pas de stratégies ou de fonds disponibles pour mettre le concept en application.

Par constraste, au niveau du patient lui-même, le nécessité de la continuité des soins est bien acceptée. Dans la pratique, les services de soins de santé, la santé publique et la promotion sont souvent vus comme des éléments disparates du système de santé ayant des orientations, une gestion et des principes d'affectation des ressources différents. Trop souvent, ces éléments interagissent peu et deviennent même antagonistes, se disputant la reconnaissance, l'influence et les ressources.

Santé 21, le document d'orientation clé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, [traduction] « attire l'attention sur les résultats ultimes pour la santé, et considère la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins non comme des entités distinctes, mais comme un continuum de mesures visant à améliorer la santé ». Selon *Santé* 21, [traduction] « le système de gestion (devrait) s'assurer que les différents éléments du système soient dotés de ressources selon leur importance relative, qu'ils fonctionnent de manière à optimiser leurs actions individuelles et combinées et qu'ils soient suivis/évalués en fonction de leur impact sur les indicateurs de la santé désignés » (Organisation mondiale de la santé, 1999).

L'ABSENCE DE POLITIQUES VISANT LES DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

L'élaboration de politiques gouvernementales visant les déterminants de la santé n'a pas dépassé le stade de la rhétorique. Les ministères de la Santé se sont attaqués, avec un succès relatif aux déterminants du comportement de la santé (p. ex. revenu, chômage, équité en matière de santé), car ils ne disposent pas des instruments politiques nécessaires pour faire face à cette question. Les déterminants de la santé concernent le gouvernement et tous ses ministères et organismes, et non pas seulement le ministère de la Santé. La Suède a récemment promulgué des objectifs nationaux relativement aux déterminants de la santé.



DÉCLARATION D'OSAKA

Ces objectifs ont été établis en faisant appel à un processus intersectoriel auquel ont participé des scientifiques, des représentants des ministères et des membres du Parlement. Cette initiative pourrait servir de modèle à d'autres ainsi que de base pour l'élaboration d'une stratégie mondiale en matière de santé (Equity in Health, 1999).

Dans le contexte de la santé cardiovasculaire, les politiques sur les déterminants de la santé devraient viser en premier lieu la prévention de la survenue des facteurs de risque. Le concept de « prévention primordiale » élaboré par Strasser (1978) vise à créer, ou plutôt à recréer, des « sociétés sans facteur de risque » et à préserver « les conditions sociales fondamentales dans lesquelles n'apparaissent pas de facteurs de risque » (Labarthe, 1999). Pratiquement, cela signifie que les intervenants en santé cardiovasculaire doivent « sortir de leur tour d'ivoire professionnelle » et utiliser leur influence pour persuader les gouvernements d'élaborer des politiques sociales, économiques et environnementales favorables aux déterminants plus larges de la santé, lesquels influent sur les facteurs de risque des MCV (Déclaration de Victoria, 1992; Déclaration de la Catalogne, 1996; Déclaration de Singapour, 1998).

De même, les organismes de développement social et économique ont là l'occasion de démontrer que leurs actions et leurs politiques peuvent avoir des répercussions appréciables sur la santé et sur l'économie des maladies. [traduction] « L'alternative est de continuer indéfiniment à s'appuyer sur les stratégies tardives et incomplètement efficaces, avec leurs coûts connexes, pour dépister et traiter des facteurs de risque déjà établis qui sont à l'origine de la progression de l'athérosclérose depuis l'enfance » (Labarthe, 1999).

MANQUE DE CAPACITÉ INSTITUTIONNELLE DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DANS LA GOUVERNANCE ET L'ADMINISTRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La plupart des systèmes de santé publique et de soins primaires disposent d'une infrastructure et de fonds insuffisants pour mettre en œuvre des politiques complètes de prévention des MNT et des MCV (Forum mondial pour la recherche en santé, 1999; Les soins de santé primaires au 21e siècle seront l'affaire de tous, 2000). Dans les pays industrialisés, si l'infrastructure des services de santé est présente, la volonté de les appliquer à la prévention et les politiques connexes font souvent défaut (Déclaration de Singapour, 1998). Par opposition, dans les pays en développement, l'infrastructure du système de santé est souvent insuffisante, ce qui empêche ces pays de mettre en place des programmes de prévention sur une échelle assez grande pour produire un impact significatif sur la maladie dans la population.

L'amélioration de la capacité institutionnelle passe par les étapes suivantes : élaboration de politiques et atteinte d'un consensus; conception et mise en œuvre de stratégies; approches intersectorielles; bonne collaboration entre tous les volets du système de santé; gestion de l'efficacité et de la qualité des ressources humaines et autres. Les autres exigences sont les suivantes : imputabilité des dirigeants des systèmes de santé relativement aux résultats pour la santé (allant au-delà de la seule gestion de bons processus administratifs) et atteinte d'un équilibre approprié entre l'expertise en gestion et la connaissance du contenu. Les intervenants en santé cardiovasculaire peuvent faire part de leurs expériences et adopter des approches interdisciplinaires, militer, faire preuve de leadership et désigner des porte-parole de la prévention des MCV.

L'OMS a pris des mesures pour aider les États membres à accroître leur capacité de prévention des MNT. La *Résolution de l'Assemblée mondiale sur la prévention des maladies non transmissibles* (1999) a reconnu la place prioritaire de la prévention des MNT et a appelé à l'élaboration d'une stratégie mondiale. L'OMS assure à présent un leadership international et développe sa capacité de lutte contre l'épidémie de MNT en émergence. Cette évolution témoigne de la priorité accordée aux MNT et aux MCV.

MANQUE DE FINANCEMENT DURABLE POUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Les ressources allouées aux programmes de santé publique, de soins primaires et de prévention des MNT sont totalement inadéquates comparativement à celles dont bénéficient les services curatifs. Dans les pays industrialisés, on estime que 3 à 5 p. 100 des dépenses totales en soins de santé vont aux programmes de santé publique et de promotion (World Health Report, 1997). Ce déséquilibre s'explique apparemment par la demande illimitée en services curatifs, notamment en nouvelles technologies médicales. Une autre raison est l'importance supérieure accordée aux effets bénéfiques des soins actifs et l'énorme sous-estimation des effets bénéfiques de la prévention, observables plusieurs décennies plus tard.

L'obtention d'un financement durable pour la santé cardiovasculaire constitue un défi de taille. L'essentiel du financement de la promotion et de la prévention vise les interventions à petite échelle, tels les programmes de démonstration ayant une durée déterminée. Les organismes subventionnaires adoptent souvent une approche de « fonds de démarrage » et privilégient la recherche plutôt que la mise en œuvre. Cette situation contraste avec le financement des systèmes de soins de santé où, dans la mesure des ressources disponibles, les établissements de santé bénéficient généralement d'un financement à long terme. Soulignons qu'il n'existe pas d'« hôpitaux de démonstration »!

Le financement des interventions à grande échelle en matière de prévention des MNT et des MCV est limité, notamment au niveau communautaire. Il convient de prôner l'adoption de politiques et de plans stratégiques qui prévoient un financement adéquat, afin que les interventions appropriées puissent atteindre un nombre suffisant d'individus avec une intensité et durant une période convenables. Tout aussi important que le financement est l'engagement politique des ministères de la Santé vis-à-vis de l'utilisation des ressources existantes du système de santé (p. ex., soins primaires, santé publique) pour multiplier les interventions en santé cardiovasculaire.

LE FOSSÉ EXISTANT ENTRE LES CONNAISSANCES ET LA PRATIQUE

Les études démontrent que l'application de nouvelles connaissances peut être un déterminant majeur de la santé des populations (World Health Report, 1997). La mise en application de nos connaissances sur la prévention des MCV présente deux difficultés fondamentales. La première est le fait que les connaissances tirées de 50 ans de recherche en prévention et en promotion n'ont pas été pleinement appliquées ou diffusées dans la mesure nécessaire pour produire un impact observable au niveau populationnel, p. ex. en endiguant l'épidémie dans les pays en développement. La responsabilité de cette situation doit être assumée en partie par les scientifiques et les professionnels de la santé qui, à titre de détenteurs du savoir en matière de prévention, ont échoué dans la traduction de la science en options stratégiques et dans la communication efficace aux gouvernements, aux décideurs et au public du potentiel de la prévention des MCV (Déclaration de Victoria, 1992; Déclaration de la Catalogne, 1996; Déclaration de Singapour, 1998). En outre, les gouvernements et les organismes de santé négligent souvent d'associer les scientifiques et les professionnels aux décisions clés en matière de politiques, de programmes et d'affectation des ressources, qui facilitent la mise en application des connaissances scientifiques.

La nécessité de combler la pénurie de ressources consacrées à la recherche sur la diffusion et la mise en œuvre constitue la deuxième difficulté (Farquhar, 1996). Le financement de la recherche est fortement concentré dans les secteurs biomédical et clinique. Ce déséquilibre peut s'expliquer en partie par le fait que le financement de la recherche sur les approches de prévention et de promotion de la santé communautaire a pour l'essentiel été consacré à des projets de démonstration limités sur le plan temporel et géographique. La diffusion et les défis de la mise en œuvre à grande échelle ne figurent pas encore à l'agenda des politiques de santé et les priorités et les méthodologies de recherche nécessaires pour ces stratégies en sont encore à leurs premiers balbutiements. Il s'agit d'un type de recherche complexe, car il exige de collaborer avec différents paliers du système de santé ainsi qu'avec les collectivités et il requiert l'élaboration de nouveaux systèmes et de nouvelles données pour la surveillance de la mise en œuvre (p. ex., données sur les coûts). Il faut néanmoins entreprendre ce type de recherche, malgré ses coûts, pour faire ressortir le potentiel réel de la promotion et de la prévention.

Plusieurs interventions en santé cardiovasculaire sont actuellement mises en œuvre dans le monde, et on peut en tirer de nombreux enseignements (Déclaration de la Catalogne, 1996; Schooler et coll., 1997; Grabowsky et coll., 1997). Au niveau international, les comités techniques de l'OMS ont élaboré et diffusé de nombreux rapports techniques de référence et des directives sur la prévention des maladies cardiovasculaires. Toutefois, les enseignements tirés, souvent après l'investissement de ressources considérables, n'ont pas encore été adéquatement diffusés ou mis en application.

Face à l'émergence de cette épidémie mondiale, les décideurs doivent s'engager immédiatement à prendre des mesures audacieuses et décisives. Il est à l'évidence nécessaire de faire de la prévention des maladies cardiovasculaires et de la promotion de la santé cardiovasculaire un pilier du système de santé dans les pays tant industrialisés qu'en développement. Dans les sections précédentes, on a vu que les systèmes de santé en place ont négligé, pour diverses raisons, la prévention des maladies chroniques et que tous les pays, aujourd'hui ou dans l'avenir, subiront les conséquences de cette négligence. La mondialisation pose des défis et ouvre des possibilités pour la prévention des MCV. Il est temps d'agir.

GOUVERNANCE ET POLITIQUE

Les forces sociales, économiques et politiques qui sous-tendent les enjeux de la prévention des maladies cardiovasculaires appellent à une réponse politique mondiale. Traditionnellement, les programmes de la santé relevaient des gouvernements nationaux et des ministères de la Santé. Le nouvel ordre économique mondial impose des contraintes à la capacité des gouvernements de piloter les programmes sociaux et sanitaires. Les gouvernements nationaux, les ministères de la Santé, les professionnels de la santé, les scientifiques et leurs organisations professionnelles doivent adopter une attitude plus proactive pour relever les défis de la mondialisation.

Au niveau international en particulier, l'OMS peut jouer un rôle actif pour faire avancer la cause de la santé cardiovasculaire. Les MCV ne connaissant aucune frontière nationale, l'OMS peut organiser et faciliter ce dialogue sur une échelle mondiale et le traduire en actions. La Convention cadre sur la lutte contre le tabagisme, mentionnée plus haut, est un exemple tant de collaboration internationale que de mécanisme de renforcement des capacités nationales pour atteindre leurs objectifs sanitaires. Le fait que la convention se traduira par des ententes exécutoires et par un traité de lutte antitabac porte la promesse de l'élaboration de politiques sanitaires mondiales dans d'autres secteurs, notamment la nutrition. Le succès de la mise en œuvre de la convention passera par une infrastructure favorable et par la prise en considération de nouveaux modèles de gouvernance mondiale pour gérer les programmes de la santé (Jamison DT et coll., 1998).

Recommandation :

Que l'OMS continue de renforcer la capacité de promotion de la santé cardiovasculaire dans toutes ses régions et dans tous ses États membres.

D'autres organismes internationaux de développement social et économique, comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, les ONG internationales et le secteur privé, disposent d'expertises et de ressources et devraient jouer un rôle important en ajoutant la santé à leur programme de développement et en appuyant l'intervention mondiale dans des secteurs tels que l'équité en matière de santé et de développement humain.

Recommandation :

Que les ministères de la Santé et les membres de la société civile fassent savoir aux gouvernements que les déterminants du programme de la santé intéressent les gouvernements et tous leurs ministères, et non pas uniquement le ministère de la Santé.

Les organisations gouvernementales internationales (p. ex. l'OMS), les ONG internationales et, plus particulièrement, les coalitions horizontales regroupées autour d'un enjeu particulier (p. ex. lutte contre le tabagisme, sida) ont un rôle plus important à jouer en tant qu'institutions pour la gouvernance mondiale.

Aux paliers tant mondial que régional de l'OMS, il existe d'importantes possibilités de créer des forums et des partenariats de hauts représentants des États membres et donneurs ayant la compréhension, l'engagement et la volonté nécessaires pour agir à l'échelle mondiale. Outre les réseaux politiques et stratégiques, il faut implanter des réseaux techniques pour la mise en commun des expériences et le renforcement des capacités en matière de prévention des MCV et des MNT. À l'heure actuelle, deux réseaux régionaux de l'OMS jouent un rôle important : le Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) pour la Région européenne et le Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la Région des Amériques. Ces deux réseaux servent déjà de mécanismes pour la mise en commun des meilleures pratiques et le renforcement des compétences en matière de politiques et de pratiques de prévention des MNT. À l'évidence, ces réseaux qui élaborent des politiques, génèrent des données probantes et créent des outils de prévention pourraient être étendus à d'autres régions et être interreliés pour favoriser l'action et la gouvernance au niveau mondial.

Recommandation :

Que l'OMS et les États membres établissent des réseaux régionaux chargés de mettre en œuvre et de diffuser des approches intégrées de prévention des MNT, en tablant sur l'expérience et les connaissances acquises grâce au Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne et au Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la région des Amériques.

Il existe de nombreux exemples de coalitions et de partenariats qui ont été mis sur pied à titre d'instruments pour l'élaboration de stratégies et de programmes de prévention des MNT et des MCV (Déclaration de la Catalogne, 1996). Ces partenariats ont connu certains succès et présentent des aspects positifs, mais ne parviennent pas à démontrer leur potentiel véritable (Kreuter, 2000). Toutefois, on ne doit pas sous-estimer la difficulté de créer et de bien gérer les partenariats et les coalitions. L'apprentissage à partir des expériences de création de coalitions est un investissement utile d'efforts, car les partenariats et les coalitions sont des mécanismes importants de gouvernance à différents niveaux pour faire face au large éventail d'intervenants et de défis créés par la réforme et la décentralisation des systèmes de santé.

Les professionnels de la santé et les groupes et les organisations intéressés par la santé cardiovasculaire doivent déployer des efforts particuliers pour élargir les partenariats au-delà du secteur des soins de santé et mettre à contribution les représentants du secteur plus large du développement social et économique. Il importe de forger des coalitions et des réseaux forts qui deviendront plus que des véhicules pour l'échange des données scientifiques et de l'information sur les programmes.

Ces coalitions devront produire un programme « d'entreprise » pratique, axé sur les tâches à accomplir, aboutissant à une intervention de type « politique », à savoir diffusion publique de l'information, réponses publiques aux questions critiques,

lobbying, défense des intérêts et entretien de relations, d'alliances et de partenariats avec les individus influents, les politiciens et les autres personnes susceptibles d'influencer les politiques publiques.

Recommandation :

Que les ministères de la Santé, les organisations bénévoles et les associations professionnelles préoccupés par la santé cardiovasculaire élargissent les partenariats et les coalitions pour y inclure des partenaires issus d'autres secteurs qui sont en mesure d'influencer les facteurs sociaux, économiques et politiques jouant un rôle dans la santé cardiovasculaire.

UNE PERSPECTIVE D'ÉCONOMIE POLITIQUE POUR L'ÉLABORATION DE STRATÉGIES EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Les intervenants en santé cardiovasculaire peuvent tirer de nombreux enseignements de l'analyse et du suivi sous l'angle de l'économie politique de l'expérience mondiale de la lutte antitabac. De nombreux pays ont des stratégies efficaces de lutte contre le tabagisme. L'expérience internationale dans ce domaine démontre que le fait de privilégier la législation, les politiques et la sensibilisation de la population est une stratégie non seulement efficace, mais également peu coûteuse sur le plan des ressources financières et humaines, comparativement aux programmes de changement comportemental visant l'individu ou des petits groupes.

Le fait que l'expérience probante de la lutte antitabac dans certains pays n'ait pas été appliquée à l'échelle mondiale est une question d'économie politique. Le tabac continue d'être une industrie prospère en croissance dans le monde entier et les taux de tabagisme sont en hausse dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ainsi que chez les jeunes. Il est nécessaire d'effectuer des recherches et des études de cas qui utilisent l'angle de l'économie politique pour analyser les forces – principaux acteurs, organismes et politiques – qui ont une incidence tant positive que négative sur la lutte antitabac. Les approches efficaces de la lutte antitabac peuvent être appliquées aux aspects et aux déterminants environnementaux d'autres facteurs de maladies cardiovasculaires, tels que la nutrition et les régimes alimentaires nuisibles pour la santé, la sédentarité, le poids excessif, l'hypertension et le diabète.

Les résultats de ces études devraient servir à éclairer l'élaboration, par les décideurs, de stratégies pratiques pour la santé cardiovasculaire. La capacité et les possibilités sur le plan politique d'effectuer ce type d'études et d'en faire le suivi varieront considérablement d'un pays à l'autre. Les organisations internationales de santé et de développement social ont là l'occasion de militer en faveur de ces études et de ces recherches et de les appuyer, notamment dans les pays en développement.

Recommandation :

Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l'économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ ÉQUILIBRÉ ET INTÉGRÉ

Pour que les stratégies de santé cardiovasculaire soient durables et constamment améliorées, elles doivent être ancrées dans un système de santé équilibré et intégré et dans une infrastructure de recherche qui accorde la même importance à la prévention qu'aux soins et à la réadaptation. Les programmes de santé cardiovasculaire qui ne sont pas intégrés au système de santé officiel ont peu de chance d'être durables. Un système de santé équilibré et intégré fondé sur les soins primaires doit répondre aux besoins de la population selon un continuum qui englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies et les services de soins de santé (Les soins de santé primaires au 21e siècle seront l'affaire de tous, 2000). Les gouvernements doivent financer un système de santé intégré et équilibré à un niveau adapté à leur conjoncture économique et à leur développement.

Dans le cas des pays en développement, les stratégies préventives constituent la seule option réaliste pour endiguer le flot des MNT au sein de leurs populations. Il est urgent de reconnaître que la prévention des MCV fait partie intégrante des soins de santé primaires. Il faut également modifier la polarisation traditionnelle des soins de santé primaires autour des maladies transmissibles et de la santé périnatale et génésique. Cette polarisation fait partie intégrante des politiques de nombreuses organisations internationales qui fournissent des fonds et du soutien aux pays en développement.

En principe, l'élaboration de cette approche exhaustive des soins primaires devrait être pleinement mise en œuvre avant l'établissement d'un système de soins et de réadap-

tation très coûteux, s'appuyant sur des technologies sophistiquées et doté de ressources importantes. (Rapport sur le développement dans le monde, 1993).

Recommandation :

Que les gouvernements financent des systèmes de santé équilibrés et intégrés qui prévoient des ressources suffisantes pour les programmes et la recherche sur les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies ayant un impact sur l'état de santé de leurs populations.

Recommandation :

Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique, les ONG internationales, les professionnels de la santé et les scientifiques aident les pays en développement à élaborer une capacité de mise en œuvre d'interventions en santé cardiovasculaire et de recherche sur l'économique politique des MNT.

Recommandation :

Que les gouvernements, les organismes subventionnaires de la recherche nationaux et internationaux et les organisations non gouvernementales qui financent la recherche s'engagent en faveur d'un programme de recherche plus équilibré en augmentant les fonds affectés à la recherche sur la diffusion et le déploiement des politiques et des interventions en santé cardiovasculaire.

ACTION POLITIQUE ET DÉFENSE DES INTÉRÊTS

Le cadre d'économie politique établit un lien de causalité direct et solide entre les forces économiques, comme l'industrie du tabac notamment, et les MCV. Ces industries utilisent leur énorme puissance économique pour exercer des pressions et influencer l'élaboration de lois qui favorisent la consommation de leurs produits. Les professionnels de la santé et les scientifiques se consacrent avant tout aux soins de santé et à la recherche scientifique. Ils supposent que l'adoption de bonnes pratiques professionnelles et la recherche de la vérité scientifique suffiront pour surmonter les obstacles à la santé cardiovasculaire. Ces professionnels n'ont aucune formation en défense des intérêts et en marketing et ont une vision naïve de la « vraie politique ». Ils représentent cependant un contre-pouvoir potentiel contre les pressions exercées par les industries de la maladie, mais uniquement s'ils se mobilisent en faveur d'une action politique.

Une telle action politique doit reposer principalement sur l'éducation du public et la défense des intérêts en vue d'informer le public tant des paramètres scientifiques définissant la bonne santé que des réalités des campagnes de désinformation lancées par les forces commerciales. Ainsi, tous les scientifiques et les professionnels de la santé, ainsi que les dirigeants de leurs associations professionnelles, ont clairement et impérativement l'obligation de s'engager dans des campagnes novatrices et durables d'information du public, de défense des intérêts et de lobbying. Ils devront faire preuve de conviction, car ces étapes ont une importance vitale; ils devront en outre recevoir de la formation en matière de méthodes de marketing social et faire preuve de détermination pour mener à bien ces tâches.

Recommandation :

Que les scientifiques, les professionnels de la santé et les autres intervenants préoccupés par la santé cardiovasculaire contribuent activement, à titre de chefs de file ou de participants, à des campagnes d'information du public, de marketing du programme de la santé cardiovasculaire, de défense des intérêts et de lobbying.

CHEFS DE FILE ET PORTE-PAROLE

Le mouvement en faveur d'un système de santé équilibré et intégré qui accorde de l'importance à la prévention dépend avant tout de l'existence d'un leadership au sein des institutions chargées de la gestion de la santé ainsi que de l'engagement des individus et de l'existence de porte-parole. Lorsque la société accordera de l'importance à la prévention, des demandes seront formulées et des pressions seront exercées au niveau politique pour que la prévention soit jugée prioritaire.

Si les scientifiques, les professionnels de la santé et les membres de la société civile veulent jouer un rôle dans l'action politique et la défense des intérêts, ils doivent développer des compétences qui ne sont pas traditionnellement associées à la formation médicale, p. ex. en matière de lobbying, de défense des intérêts, de développement de consensus et de stratégies, de construction de liens institutionnels et interpersonnels et de création de partenariats avec les donneurs et les organisations du secteur public, des ONG et du secteur privé ayant un large programme de développement sanitaire et social.

Les chefs de file doivent également s'assurer qu'un processus est en place pour permettre le renforcement des capacités de leadership dans d'autres secteurs par le biais du mentorat, du développement des connaissances et des compétences et de la défense des intérêts. Cette formation de « porte-parole » ne doit pas être considérée comme un processus aléatoire, mais plutôt comme un effort systématique de création de ressources spécialisées.

Recommandation :
Que les écoles de formation des professionnels de la santé et leurs programmes d'éducation continue dispensent de la formation sur les méthodes d'organisation communautaire, de marketing social et de défense des intérêts.

Le leadership en matière de systèmes a besoin de décideurs à différents niveaux qui agiront comme coordonnateurs et comme facilitateurs. Le système de santé officiel doit accueillir à la table de négociation les responsables des secteurs de la santé publique, des soins primaires, les cliniciens, les chercheurs, les ONG, les autres ministères et paliers de gouvernement et le secteur privé. Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé est en excellente position pour faire office de maître d'œuvre pour la prévention des MCV.

La taille réduite du milieu de la santé cardiovasculaire rend difficile l'action politique au niveau individuel. Les intervenants de ce milieu doivent forger des coalitions et des réseaux nationaux et internationaux solides, qui permettront de développer les capacités requises pour entreprendre une action politique.

En résumé, le leadership au niveau des décisions est crucial car, [traduction] « à défaut d'un tel leadership, ni l'infrastructure ni la volonté de l'utiliser ne seront possibles et, sans cette capacité, l'épidémie cardiovasculaire continuera sa progression » (Déclaration de Singapour, 1998).

Recommandation :
Que les organisations internationales de développement sanitaire et social, les ONG et les gouvernements offrent des programmes de formation pour créer un leadership politique en matière de prévention et de promotion, en mettant l'accent sur la santé cardiovasculaire.

LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Les intervenants en santé cardiovasculaire doivent militer en faveur non seulement du financement adéquat des stratégies de prévention, mais également de l'élaboration de stratégies novatrices de financement. La plupart des programmes de promotion et de prévention des MNT ont un horizon temporel limité et prennent fin à l'issue de la phase de démonstration. Les décideurs doivent être sensibilisés à la nécessité d'investir à long terme dans la promotion et la prévention et accepter que le financement adéquat sous-entende la fourniture de ressources suffisantes pour administrer la « dose préventive », c.-à-d. un programme soutenu, ayant fait ses preuves, ayant une portée et une intensité suffisantes pour produire un impact observable sur les indicateurs cliniques.

Les stratégies créatives de financement peuvent inclure l'adoption d'un système d'impôts affectés à une fin particulière, c.-à-d. la taxation du comportement (tabac) pour financer les programmes de prévention et de cessation. Cet exemple a fait les preuves de son efficacité dans les États de Californie (Pierce et coll., 1994; Fichtenberg et Glantz, 2000; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2000) et de Floride (Sly et coll., 2001). Parmi les autres modèles envisageables figure la mise en œuvre de programmes et de stratégies de promotion de la santé par le secteur privé, même si le financement continue de relever principalement du secteur public. Les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique ont un rôle clé à jouer en fournissant des fonds ou en rassemblant les donneurs et en mettant sur pied des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.

Recommandation :
Que les ministères de la Santé, les ONG et les organisations professionnelles élaborent des plans s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles pour faire avancer la cause du financement de la santé cardiovasculaire au niveau politique.

Recommandation :
Que les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique appuient la mise en œuvre de la santé cardiovasculaire dans les pays en développement en fournissant les fonds, en réunissant les donneurs et en établissant des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.

L'ÉVALUATION DES PROGRÈS : LA FICHE DE RAPPORT

Il est important que les programmes de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires s'appuient sur des données probantes. Bon nombre de programmes communautaires en santé cardiovasculaire (Finlande, États-Unis) ont recherché et validé des approches de prévention ayant fait leurs preuves (Puska P. et coll., 1995; Farquhar et coll., 1990; Schooler et coll., 1997). Une littérature abondante peut servir de guide à l'élaboration de programmes dans les pays qui se lancent dans la prévention des maladies cardiovasculaires (Déclaration de la Catalogne, 1996; Grabowsky et coll., 1997). Le site Web de la base de données mondiales sur les meilleures pratiques du G7-G8 fournit des renseignements additionnels à cet égard (www.med.mun.ca/g8hearthealth).

Les intervenants en santé cardiovasculaire pourraient militer en faveur de l'élaboration d'une fiche de rapport qui pourrait être utilisée pour évaluer la performance des systèmes de santé nationaux quant à leurs progrès dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Il faudrait pour cela s'entendre sur un large éventail d'indicateurs de résultats et de processus couvrant la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'utilisation du système de santé et les résultats pour la santé de la population. La création d'un observatoire mondial pour la prévention des maladies cardiovasculaires, préconisée par la Déclaration de Singapour (1998), pourrait être un véhicule pour l'élaboration d'instruments et de systèmes, la cueillette et l'analyse de l'information et la préparation de fiches périodiques de rapport. Ce système serait un instrument de sensibilisation à la nécessité de l'action préventive au niveau des politiciens, des professionnels et des citoyens et servirait de plate-forme à la recherche sur la mise en œuvre.

Recommandation :

Que les professionnels de la santé et les scientifiques utilisent les données de surveillance des maladies cardiovasculaires pour sensibiliser les décideurs, les intervenants en santé cardiovasculaire, les praticiens et le public à la question du fardeau des maladies cardiovasculaires.

Recommandation :

Que l'OMS, les États membres et la Banque mondiale créent, financent et soutiennent un observatoire mondial pour la santé cardiovasculaire chargé de surveiller les tendances des maladies cardiovasculaires et leurs déterminants, les indicateurs de l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et l'impact sur les indicateurs cliniques.

Recommandation :

Que soit élaborée et émise une fiche de rapport sur la performance des systèmes de santé relativement à la prévention des maladies cardiovasculaires au nom de l'OMS, des États membres et de la Banque mondiale.

1. Que l'OMS continue de renforcer la capacité de promotion de la santé cardiovasculaire dans toutes ses régions et dans tous ses États membres.

2. Que les ministères de la Santé et les membres de la société civile fassent savoir aux gouvernements que les déterminants du programme de la santé intéressent les gouvernements et tous leurs ministères, et non pas uniquement le ministère de la Santé.

3. Que l'OMS et les États membres établissent des réseaux régionaux chargés de mettre en œuvre et de diffuser des approches intégrées de prévention des MNT, en tablant sur l'expérience et les connaissances acquises grâce au Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne et au Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la région des Amériques.

4. Que les ministères de la Santé, les organisations bénévoles et les associations professionnelles préoccupés par la santé cardiovasculaire élargissent les partenariats et les coalitions pour y inclure des partenaires issus d'autres secteurs qui sont en mesure d'influencer les facteurs sociaux, économiques et politiques jouant un rôle dans la santé cardiovasculaire.

5. Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l'économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.

6. Que les gouvernements financent des systèmes de santé équilibrés et intégrés qui prévoient des ressources suffisantes pour les programmes et la recherche sur les interventions de promotion et de prévention ayant un impact sur l'état de santé de leurs populations.

7. Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l'économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.

8. Que les gouvernements, les organismes subventionnaires de la recherche nationaux et internationaux et les organisations non gouvernementales qui financent la recherche s'engagent en faveur d'un programme de recherche plus équilibré en augmentant les fonds affectés à la recherche sur la diffusion et le déploiement des politiques et des interventions en santé cardiovasculaire.

9. Que les scientifiques, les professionnels de la santé et les autres intervenants préoccupés par la santé cardiovasculaire contribuent activement, à titre de chefs de file ou de participants, à des campagnes d'information du public, de marketing du programme de la santé cardiovasculaire, de défense des intérêts et de lobbying.

10. Que les écoles de formation des professionnels de la santé et leurs programmes d'éducation continue dispensent de la formation sur les méthodes d'organisation communautaire, de marketing social et de défense des intérêts.

11. Que les organisations internationales de développement sanitaire et social, les ONG et les gouvernements offrent des programmes de formation pour créer un leadership politique en matière de prévention et de promotion, en mettant l'accent sur la santé cardiovasculaire.

12. Que les ministères de la Santé, les ONG et les organisations professionnelles élaborent des plans s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles pour faire avancer la cause du financement de la santé cardiovasculaire au niveau politique.

13. Que les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique appuient la mise en œuvre de la santé cardiovasculaire dans les pays en développement en fournissant les fonds, en réunissant les donateurs et en établissant des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.

14. Que les professionnels de la santé et les scientifiques utilisent les données de surveillance des maladies cardiovasculaires pour sensibiliser les décideurs, les intervenants en santé cardiovasculaire, les praticiens et le public à la question du fardeau des maladies cardiovasculaires.

15. Que l'OMS, les États membres et la Banque mondiale créent, financent et soutiennent un observatoire mondial pour la santé cardiovasculaire chargé de surveiller les tendances des maladies cardiovasculaires et leurs déterminants, les indicateurs de l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et l'impact sur les indicateurs cliniques.

16. Que soit élaborée et émise une fiche de rapport sur la performance des systèmes de santé relativement à la prévention des maladies cardiovasculaires au nom de l'OMS, des États membres et de la Banque mondiale.

American Heart Association. (1999). 2000 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, TX: American Heart Association.

Beaglehole R, Bonita R. (1997). Public health at the crossroads: Achievements and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F. (Eds.) (1997). Premature death in the new independent States. Washington, D.C. National Academy Press.

Brown MS, Goldstein JL. (1996). Heart Attacks: Gone with the Century. Editorial. Science, May 3; 272: 629-0.

Cornet L, McKee M, Fulop N, et al. (1996). Changing life expectancy in central Europe: Is there a single reason? J Public Health Med.18: 329-336.

Cooper, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease in the United States. Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. Circulation; 102: 3137-3147.

Dowse GK, Gareeboo W, Alberti KG, et al. (1995). Changes in population cholesterol concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. Brit Med J. 1995; 311: 125-1259.

Epstein FH. (1989). The relationship of lifestyle to international trends in CHD. Int J Epidemiology. 18(Supp. 1): S203-S209.

Equity in health – The second step towards National Health targets. (1999). Stockholm, National Public Health Commissions, (SOU 1999:137).

European Cardiovascular Disease Statistics. (2000). London: British Heart Foundation, p. 60.

European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. (1997) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Farquhar JW, Fortmann SP, Flora HA, Taylor CV, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. (1990). Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. JAMA. 264:359-365.

Farquhar JW. (1996). The case for dissemination research in health promotion and disease prevention. Can J of Public Health, 87:S44-S49.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2000). Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med, 343:1772-7.

Global Forum for Health Research. (2000). The 10/90 Report on health research 2000: World Health Organization, Geneva, Switzerland.

"Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". (1999). Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.

Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. (1999). A two-decade (1975-1995) long experience in the incidence, in-hospital and long-term case fatality rates of acute myocardial infarction: A community wide perspective. J Amer Col Cardiol, 33: 1533-9.

Goldman L, Cook F. (1984). Reduction in ischemic heart disease mortality rates. Ann Int Med, 101: 825-36.

Grabowsky TA, Farquhar JW, Sunnerborg KR, Bales VS (Eds). (1997). Worldwide efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration 6 selected program descriptions. Atlanta (Georgia): Center for Disease Control and Prevention, USDHHS.

Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR (Eds.). (1998). Control of cardiovascular disease in developing countries. Research, development, and institutional strengthening. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jamison DT, Frenk J, Knaul F. (1998). International collective action in health: Objectives, functions, and rationale. Lancet, 351(9101): 514-17.

Kreuter MW, Lezin NA, Young LA. (2000). Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. Health Promotion Practice, 1: 49-65.

La Déclaration de la Catalogne sur l'investissement dans la santé cardiovasculaire. (1996). Gouvernement autonome de la Catalogne, Barcelone.

La Déclaration de Singapour, Forging the will for heart health in the next millennium. (1998). Singapore National Heart Association.

La Déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire. (1992). Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, Canada.

Laberge DR. Prevention of cardiovascular risk factors in the first place. (1999). Preventive Medicine, 29: S72-S79.

Landers ES, Schork NJ. Genetic dissection of complex traits. (1994). Science, 265:2037-48.

Landers ES. The new genomics: global views of biology. (1996). Science, 274:536-39.

McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, et al. (1996). Recent trends in acute myocardial infarction: mortality, morbidity, medical care, and risk factors. The Minnesota Heart Survey investigators. N Engl J Med, 334: 884-90.

Morbidity and Mortality Weekly Report. (2000). Declines in lung cancer rates- California, 1988 – 1997. MMWR, 49:1066-1070.

Morgan S, Barer M, Evans R, (2000). Health economists meet the fourth temper: Drug dependency and scientific discourse. Health Economics. 9:(8);659-667. Guest editorial.

Murray CJL, Lopez AD. (1996). The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press.

Murray CJL, Lopez AD. (1997). Alternate projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349: 1498-1504.

National Cholesterol Education Program. (1985). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

National High Blood Pressure Detection and Education Program. (1980). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. JAMA, 279: 793-800.

Olshansky SJ, Ault AB. (1986). The fourth stage of the epidemiology transition: The age of delayed degenerative diseases. Millbank Memorial Fund Quarterly, 64: 355-391.

Omram AR. (1971). The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. Millbank Memorial Fund Quarterly, 49: 509-538.

Organisation mondiale de la santé. (1999). Santé 21 : la politique-cadre de la santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague: OMS, Bureau regional de l'Europe.

Pearson TA, Jamison DT, Trejo-Gutierrez J. (1993). Cardiovascular disease. In disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press, 577-594.

Pearson TA. (1989). Influences on CHD incidence and case fatality: Medical management of risk factors. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S217-S222.

Pierce JP, Evans N, Farkas AJ, et al. (1994). Tobacco use in California: An evaluation of the tobacco control program 1989-1993. La Joola (California): Univeristy of California, San Diego.

Primary Health Care 21 "Everybody's Business". (2000). An International Meeting To Celebrate 20 Years after Alma-Ata. Jointly organized by WHO Headquarters, Geneva, and the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. World Health Organization.

Puska P. et al., Ed. (1995). The North Karelia Project: 20 Years of Results and Experiences. Helsinki, National Public Health Institute.

Rapport sur la santé dans le monde. (1997). Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité. Organisation mondiale de la santé. Genève, Suisse.

Rapport sur le développement dans le monde. (1993). Investir dans la santé. Banque mondiale.

Reddy KS, Yusuf S. (1998). The emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation, 97: 596-601.

Rockhill B. (2001). The privatization of risk. Amer J Public Health, 91: 365-368.

Schuler C, Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. (1997). Synthesis of findings and issues from community prevention trials. Ann Epidemiol, S7: S54-S68.

Schwartz P. (1996). The Art of the Long View. Planning for the Future in an Uncertain World. Business Development Network. New York, USA.

Schwartz S, Susser E, Susser M. (1999). A future for epidemiology? Annu Rev Public Health, 20: 15-33.

Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "truth" campaign. Am J Public Health, 91(2): 233-238.

Strasser T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. Interdisc Sci Rev 3:225-230.

Thom TJ. (1989). International mortality from heart disease: Rates and trends. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S20-S28.

Whelton PK, Brancoti FC, Appel LJ, Klag MJ. (1995). The challenge of hypertension and atherosclerotic cardiovascular disease in economically developing countries. High Blood Pressure, 4: 36-45.

World Health Organization (1996). Proceedings of the WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe, p 4.

World Heart Federation. (1999). Impending global pandemic of cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Wyplosz C. (1999). International Financial Instability, in "Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.

Zatonski WA, McMichael J, Powles J. (1998). Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischemic heart disease in Poland since 1991. BMJ, 316: 1047-1051.